



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

A Política da Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia

Luana Neves da Rocha Lima

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Lima, Luana Neves da Rocha
L732 A política da Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia / Luana Neves da Rocha Lima. Salvador: LNR, Lima, 2014.
VIII. 93 fls.
Anexos.
Professor Orientador: Jairnilson Paim.
Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Atenção primária à saúde. 2. Atenção básica. 3. Política de saúde. I. Paim, Jairnilson II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 614.39(813.8)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

A Política da Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia

Luana Neves da Rocha Lima

Professor orientador: **Jairnilson Paim**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

Monografia: *A Política da Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia*, de **Luana Neves da Rocha Lima**.

Professor orientador: **Jairnilson Paim**

COMISSÃO REVISORA

- **Jairnilson Paim** (Presidente, Professor orientador), Professor Titular do Departamento de Saúde Coletiva I do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
- **Cristiane Abdon Nunes**, Professora do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
- **Leandro Dominguez Barretto**, Professor do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Lauro Antonio Porto**, Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ____ de _____ de 2014.

“Privatizaram sua vida, seu trabalho, sua hora de amar e seu direito de pensar. É da empresa privada o seu passo em frente, seu pão e seu salário. E agora não contente querem privatizar o conhecimento, a sabedoria, o pensamento, que só à humanidade pertence.”

Privatizado, Bertold Brecht

Aos meus pais e companheiros
de estrada que sempre me deram
suporte nessa jornada.

EQUIPE

- Luana Neves da Rocha Lima, Faculdade de Medicina da Bahia/ UFBA. Correio-e: luanar191@gmail.com;
- Jairnilson Paim, Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Instituto de Ciências da Saúde (ICS)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Departamento de Ações Básicas

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos Próprios;

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, **Jairnilson Paim**, pelo apoio incondicional não apenas na realização da monografia, como também na superação dos obstáculos da vida.
- ◆ A **Cristiane Abdon Nunes, Leandro Rodriguez Barreto e Lauro Antonio Porto**, membros da comissão revisora. Meu agradecimento pela disponibilidade.
- ◆ A **Maria Clara Guimarães**, sanitarista do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, que me auxiliou com a pesquisa documental e se mostrou muito solícita sempre que precisei.
- ◆ Aos **Entrevistados**, meu agradecimento pela disponibilidade e pelo interesse de contribuir para o projeto.
- ◆ Ao **Diretório Acadêmico de Medicina** e à **Liga de Atenção Primária à Saúde**, meus sinceros agradecimentos pelo desenvolvimento do meu senso crítico e do meu interesse por temas tão negligenciados durante nossa formação acadêmica.

SUMÁRIO

I. RESUMO	2
II. OBJETIVOS	3
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
IV. METODOLOGIA	12
V. RESULTADOS	16
V.1. Antecedentes da Atenção Primária à Saúde no estado da Bahia	16
V.2. Implementação da Política de Atenção Primária à Saúde na Bahia no período pós-constituente	21
V.3. Análise da Política de Atenção Primária à Saúde na Bahia	40
VI. DISCUSSÃO	45
VII. SUMMARY	52
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
IX. ANEXOS	57
•ANEXO I: Roteiro das entrevistas	57
•ANEXO II: Matriz das entrevistas	60
•ANEXO III: Parecer do Comitê de Ética	78
•ANEXO IV: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
•ANEXO V: Fontes Documentais	83

I. RESUMO

A Política da Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia

A Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou maior visibilidade após a Conferência de Alma-Ata (1978). O Brasil desenvolveu experiências locais de medicina comunitária que possibilitaram a implantação de Programas de Extensão de Cobertura (PECs) de caráter mais abrangente, destacando-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS). A Bahia nessa época participou desse processo, seja através de ações em centros de saúde, seja mediante PECs e implementação do PIASS. Apesar da tentativa de promover uma APS abrangente e verdadeiramente universal, como prega o SUS, ainda hoje se pode perceber que o estigma seletivo permanece. Novos estudos sobre APS podem servir para estimular intervenções na forma como esse tema é trabalhado no próprio serviço de saúde, na gestão, na formação dos futuros profissionais e na educação permanente em saúde. **OBJETIVO:** analisar a implementação da política de Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia, após a promulgação da Constituição de 1988 até 2014. São objetivos específicos: a) Identificar em qual(is) governo(s) estaduais a Atenção Primária à Saúde na Bahia avançou e os atores envolvidos nessa implementação; b) Identificar quais as dificuldades encontradas pela gestão na implementação da APS na Bahia; c) verificar quais os mecanismos de avaliação e acompanhamento utilizados na implementação dessa política no estado. **METODOLOGIA:** estudo de caso histórico, utilizando diversas fontes de evidência, seja a pesquisa documental, sejam entrevistas com informantes-chave. A pesquisa documental utilizou como fontes: a) revisão de literatura a partir da base Scielo, LILACS e o Banco de Teses da Capes; b) levantamento das dissertações e teses do Programa de Pós-graduação do ISC/UFBA que tematizaram a APS; c) documentos referentes a políticas, planos, programas, projetos e relatórios de gestão; d) visita de sites do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Os entrevistados estiveram envolvidos com esse processo de implementação da APS como dirigentes, as entrevistas seguiram o roteiro elaborado. **RESULTADOS:** Constatou-se um crescimento progressivo da cobertura da atenção primária no estado da Bahia e uma implementação tardia dessa política, com avanços especialmente na segunda metade da década de noventa e após 2007. Entre os obstáculos destacam-se o subfinanciamento, a descontinuidade administrativa, a formação dos profissionais de saúde e o clientelismo político com baixa profissionalização da gestão. **DISCUSSÃO:** Foram ressaltados alguns problemas que permanecem tais como o modelo de atenção, o subfinanciamento e a descontinuidade político-administrativa. Outros desafios são a formação de recursos humanos e a fixação dos profissionais nas unidades básicas de saúde. Muitas das questões identificadas na presente investigação revelam impasses e desafios da política de APS observados em outros estudos, nacionais e internacionais.

Palavras-chaves: 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Atenção Básica. 3. Política de Saúde.

II. OBJETIVOS

II.1 Geral

Analisar a implementação da política de Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia, após a promulgação da Constituição de 1988.

II.2 Específicos

1. Identificar em qual(is) governo(s) estaduais a Atenção Primária à Saúde na Bahia avançou e os atores envolvidos nessa implementação;
2. Identificar quais as dificuldades encontradas pela gestão na implementação da APS na Bahia;
3. Verificar quais os mecanismos de avaliação e acompanhamento são utilizados na implementação dessa política no estado.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser interpretada de maneiras diferentes: a) como um programa focalizado e seletivo com serviços restritos, conhecida como uma atenção primitiva de saúde (TESTA, 1992); b) como um nível de atenção que conta com serviços ambulatoriais de primeiro contato; c) como uma APS abrangente, considerada um novo modelo de atenção e organizadora do sistema de saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). No Brasil, a APS se apresentou de todas essas formas, evoluindo ao longo do tempo de um modelo seletivo e horizontal para uma concepção mais abrangente.

A Atenção Primária à Saúde, apesar de abranger algumas práticas realizadas desde a primeira metade do século XX, ganhou maior visibilidade e debates especialmente após a Conferência de Alma-Ata (1978), que trouxe a APS de uma forma mais abrangente, em um sentido contrário ao modelo seletivo praticado pelas agências internacionais nos países subdesenvolvidos (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). A Conferência de Alma-Ata trouxe a proposta de saúde como direito e a APS como estratégia para se alcançar essa meta (PAIM, 2012). A Declaração de Alma-Ata trazia uma APS para além do primeiro nível de contato, mas como um processo contínuo e permanente de prevenção, promoção, cura e reabilitação. Também destacava a necessidade de ações intersetoriais (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A Política de Saúde Para Todos (SPT), no ano 2000, reforçou a saúde como direito com base nessa Conferência e a APS como estratégia para se alcançar esse objetivo. O ideário dessa política (SPT) influenciou à Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e foram incorporadas as questões de integralidade, equidade, descentralização, intersetorialidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização (PAIM, 1998).

Apesar da tentativa de promover uma APS abrangente e verdadeiramente universal, como prega o SUS, ainda hoje pode-se perceber que o estigma seletivo permanece. Se analisarmos o contexto histórico da APS no Brasil, podemos ver que esse caráter vem de antes do SUS e de Alma-Ata, desde as primeiras práticas de APS, em especial, na década de 1940 que é quando se iniciam as

ações que serviram como base para a atenção primária no Brasil (CASTRO e FAUSTO, 2012; PAIM, 1998; PAIM, 2012).

Algumas práticas de saúde da década de 1920 e 1930 podem ser consideradas atenção primária em saúde, porém é na década de 1940 com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que essas ações ganham mais espaço. O modelo SESP se apresentava um pouco mais abrangente, sendo muito influenciado pela proposta norte-americana de Medicina Preventiva, que articulava intervenção preventiva, curativa, centralizada e verticalizada, o que terminou sendo a base da atenção primária à saúde no Brasil (CASTRO e FAUSTO, 2012; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

No Brasil, na primeira metade da década de 70, o padrão de saúde tornou-se ainda mais precário devido a crise econômica. Por esse motivo acabaram sendo desenvolvidas práticas de saúde comunitária com base no modelo norte-americano, no qual a saúde realizada era focal e baseada no oferecimento de serviços básicos às populações pobres. Essas experiências contavam com o apoio de departamentos de medicina preventiva das escolas médicas e havia uma grande influência dos organismos internacionais nesse processo, principalmente por meio do financiamento através das fundações americanas (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; PAIM, 1998).

A segunda metade da década de 70 foi marcada pelas políticas expansionistas, sendo criados os Programas de Extensão de Cobertura (PECs). O desenvolvimento de experiências locais de medicina comunitária possibilitaram a implantação dos PECs de caráter mais abrangente, destacando-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), criado em 1976, que buscava implantar estruturas básicas em comunidades de até 20 mil habitantes e envolvia os municípios nesse processo. A Bahia, nessa época, participou desse processo de expansão e interiorização através de ações em Centros de Saúde e mediante PECs e, especialmente, com a implementação do PIASS (COSTA, 1983).

O debate político foi aprofundado quando surgiu o interesse de expandir o PIASS para o resto do país. Assim o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), apresentava como objetivo a reorientação do sistema de saúde e a universalização do acesso e extensão para os centros urbanos maiores. Muitas das suas diretrizes estiveram em consonância com a Reforma

Sanitária, porém sua implementação foi impedida por diversos grupos opositores. Mesmo assim, devido a crise previdenciária, em 1982, houve a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que reiterava princípios e diretrizes do PREV-SAÚDE, além de contemplar demandas sociais emergentes e romper a tendência centralizadora, possibilitando espaço para experiências localizadas, como o caso do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; PAIM, 1998).

O programa Ações Integradas em Saúde (AIS), um dos desdobramentos do plano da CONASP, visava a descentralização e integração das esferas de governo. O interesse nessa pauta fez com que as AIS tenham passado de programa a estratégia, com intuito de articular as instituições de saúde da época por meio de convênios entre o governo federal e os estados e municípios. As AIS tiveram grande importância no fortalecimento dos níveis locais de atenção, o que refletiu na ampliação de cobertura de serviços básicos (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; AQUINO et al, 2014; PAIM, 1998).

Ainda na década de 80, surgiram programas especiais voltados a grupos específicos como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). Estes programas foram utilizados como meio de consolidação e organização da rede de serviços básicos de saúde, além de servirem de modelo para outros programas, posteriormente. Estes são exemplos de como a APS no Brasil tem um forte respaldo em programas específicos e verticais, que muitas vezes dificultam a implantação de uma atenção à saúde de fato integral (CASTRO e FAUSTO, 2012; PAIM, 1998; SILVA et al, 2013).

Posteriormente, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. O SUDS foi importante no processo de descentralização, principalmente pela desconcentração de recursos e de parte do processo decisório, além do desencadimento dos processos de municipalização¹ e distritalização² (PAIM, 1998; CASTRO e FAUSTO, 2012). O

¹ A municipalização incorporou os municípios na prestação de serviços, no planejamento e, parcialmente, na gestão (PAIM, 1998).

² A distritalização buscava uma reorganização do sistema de saúde e baseava-se na adoção de modelos assistenciais alternativos voltados para uma população e seu território-processo (PAIM, 1998).

SUDS, cujas ideias favoreceram a APS, como a criação de distritos sanitários, a atenção integral, a regionalização de serviços, a desconcentração de recursos e a descentralização de decisões, pode ser considerado uma estratégia-ponte para implantação do SUS (PAIM, 1998).

No Brasil, a expressão Atenção Básica à Saúde passa a ser adotado no lugar de Atenção Primária no intuito de se libertar do estigma de atenção seletiva ao qual o termo APS esteve ligado. Mesmo após Alma-Ata, apesar de afirmar a saúde como direito, reforçando sua universalidade e trazendo sua concepção mais abrangente, a APS promovida pelas organizações mundiais nos países em desenvolvimento continuou possuindo um caráter seletivo, voltado para o oferecimento de serviços básicos de saúde para populações carentes (CASTRO e FAUSTO, 2012; SILVA et al, 2013). Testa (1992) ao cunhar a expressão “atenção primitiva de saúde”, refere-se a essa APS enquanto programa de medicina simplificada. A Reforma Sanitária, que culminou com a criação do SUS, trouxe uma proposta que divergia desses modelos incentivados por organismos internacionais (PAIM, 1998).

Nas décadas de 80 e 90, a APS obteve maior destaque, tornando-se norteadora do sistema de saúde no Brasil, principalmente devido á necessidade de mudança do modelo de atenção. Apesar do SUS trazer essa nova perspectiva de modelo de atenção, como um sistema único, integrado e universal, a APS continuou tendo caráter seletivo. Um dos marcos desse período foi a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, que mais uma vez se baseava na expansão da cobertura para áreas pobres, em especial no Norte e Nordeste do país utilizando agentes sem formação técnica na área de saúde e, portanto, uma APS seletiva (AQUINO et al, 2014).

Apesar disso, o PACS foi muito importante para a descentralização, sendo um instrumento de consolidação e de organização dos sistemas locais de saúde. Afinal possuía como requisitos o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, a existência do Fundo Municipal de Saúde e de uma unidade básica de referência e da presença de um profissional de supervisão, função que foi amplamente assumida pelos profissionais de enfermagem, o que além de proporcionar a interiorização e fixação desses profissionais, foi importante na instauração de uma saúde menos centrada no médico.

Posteriormente, foi criado o PSF, com base na ideia de uma equipe multidisciplinar atendendo determinada população em um determinado território, inicialmente baseado em uma atenção focal, em especial na assistência materno-infantil, mas que sofreu remodelamento em 1995, passando a incluir, além dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliares de enfermagem e enfermeiros com o PACS, e também médicos na equipe. Devido a essa reformulação, o PSF deixa de se apresentar com a concepção usual dos programas especiais e se redefinir como uma proposta de reorganização da atenção primária, com base em uma concepção de APS abrangente, passando a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Depois a ESF foi incrementada incluindo também as Equipes de Saúde Bucal (ESB - 2001) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), medidas que ampliaram o escopo de ações da atenção básica (CASTRO e FAUSTO, 2012; GOMES et al, 2011; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Um dos grandes marcos da história da Atenção Primária no Brasil foi a criação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), que regulamentou o financiamento da APS e definiu as responsabilidades dos gestores municipais e estaduais no âmbito da APS. Com a NOB 96, o financiamento da APS passou a ser realizado “fundo-a-fundo”, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Além disso foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB) com uma parte fixa e uma variável. A parte fixa do PAB (PAB fixo) é definida por um valor *per capita*, ou seja, é repassado um valor fixo por habitante ao ano para o município. O PAB variável é definido de acordo com a adoção de programas específicos estabelecidos pelo governo federal. Isso representou um grande estímulo aos municípios para implantação de programas como o PSF/PACS, incentivando a expansão de cobertura desses programas (CASTRO et al, 2012; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Em 2001/ 2002, a APS foi considerada a principal porta de entrada do sistema e em 2006, surgiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), redefinida em 2011 (CASTRO et al, 2012).

Na Política Nacional da Atenção Básica, a atenção básica é definida como:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção

integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.” (BRASIL, 2012. P. 19 e 20.)

Os fundamentos e diretrizes trazidos pela PNAB são fundamentados na atenção primária abrangente apresentando-se como um serviço de primeiro contato, ou seja, a porta de entrada do sistema, devendo haver adscrição territorial da clientela, longitudinalidade, estabelecimento de vínculo, integralidade ou abrangência e coordenação de ações e serviços (STARFIELD, 2002). Além disso deve existir uma orientação para a comunidade, com estímulo à participação dos usuários, uma centralidade na família e competência cultural na comunicação e reconhecimento de necessidades (BRASIL, 2012).

A Política Nacional da Atenção Básica reafirma a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal estratégia para reorganização da APS no Brasil, sendo considerado pelo Ministério da Saúde como um novo modelo de atenção. A ESF é apresentada com um caráter abrangente e possui como conceitos fundamentais a família, o território, a promoção da equidade, equipes multiprofissionais de saúde e a presença de agentes comunitários de saúde. Seus fundamentos são muito próximos aos da atenção primária abrangente descrita por Starfield (2002), sendo considerada fundamental para consolidar a PNAB e a APS no Brasil.

Outros marcos foram importantes para a consolidação da atenção primária, como a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no final a década de 1990, que contribuiu para orientar a definição das políticas de saúde a nível local; os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, articulados entre a gestão do SUS e instituições de ensino; o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) de 2001, que

buscava a fixação de médicos e enfermeiros em municípios com o oferecimento de cursos de especialização e incentivos financeiros; o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) com o intuito de expandir a ESF para os grandes centros urbanos, além de incentivar estudos sobre a APS nas instituições de ensino; a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), uma autoavaliação do município dos diferentes âmbitos da ESF; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), que reforça a APS como espaço de formação profissional contrapondo-se a tendência de ensino hospitalocêntrico; e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que busca a ampliação do acesso e melhoria na qualidade dos serviços por meio de um incentivo financeiro às gestões municipais. O PMAQ, como uma forma de remuneração por desempenho, pode trazer como ponto negativo o mascaramento de indicadores indesejados (AQUINO et al, 2014).

Mesmo com os avanços nos últimos anos, ainda existem muitas dificuldades na implantação de uma APS de qualidade, efetiva, universal e integral. Podemos destacar o déficit nos recursos, em especial, os recursos financeiros e humanos, a qualificação dos profissionais para trabalharem na atenção primária, a dificuldade de implantação nos grandes centros urbanos, a pressão dos setores privado e a própria mudança no modelo de atenção. Este deveria deixar de ser centrado em procedimento e passar a ser centrado no cuidado. Existem correntes que questionam o PSF como estratégia única para organização da APS já que persistem alguns problemas, como os supracitados (CASTRO e FAUSTO, 2012; GOMES et al, 2011; SOUSA e HAMMAN, 2009).

Um dos fatores que influencia na atual situação da APS é a falta de reconhecimento da sua importância por parte dos profissionais de saúde, em especial, os médicos e dos gestores de saúde, estimulando a permanência do modelo hospitalocêntrico na prática, o que reflete também na quantidade insuficiente de estudos sobre o tema e em sua visibilidade.

Tendo em vista o processo histórico de implantação da APS no Brasil, pode-se perceber que a APS, assim como o próprio SUS ainda se encontram em construção e enfrentam muitas dificuldades para sua consolidação. A implementação da APS no Brasil vem ocorrendo de diferentes maneiras e ainda são escassos os estudos sobre o tema, sobretudo no sentido de investigar se as mudanças foram

efetivamente implantadas no modelo assistencial. Novos estudos sobre APS podem servir para estimular intervenções na forma como esse tema é trabalhado no próprio serviço de saúde, na gestão, na formação dos futuros profissionais e na educação permanente em saúde.

A Atenção Primária à Saúde abordada até então nas pesquisas em políticas de saúde contempla o âmbito nacional. Não foram encontrados estudos que abordem a Política da APS no Estado da Bahia de forma ampla, apenas pesquisas sobre certos tópicos, sendo assim ainda permeiam dúvidas sobre a implementação da APS nessa unidade da federação. Assim, algumas perguntas de investigação poderiam ser levantadas: a) de que forma a implementação da política de APS vem ocorrendo no Estado da Bahia? b) quando se iniciou a política de APS na Bahia e quais os atores envolvidos? c) em qual(is) governo(s) essa implementação avançou? d) quais as dificuldades dos gestores da Bahia na implementação dessa política?; e) quais os mecanismos de avaliação e acompanhamento da implementação da APS na Bahia?

IV. METODOLOGIA

1. Desenho de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada a partir de um estudo de caso histórico único descritivo sobre a implantação da Política de Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia, após a promulgação da Constituição de 1988.

A escolha dessa metodologia ocorreu devido ao estudo de caso ser indicado como estratégia de pesquisa:

“quando faz-se uma questão do tipo ‘como’ ou ‘porque’ sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos, sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle” (Yin, 2005. p.28).

O estudo de caso objetivou a descrição de como a implementação da APS se desenvolveu na Bahia. Para isso, foram realizadas buscas em diversas fontes de evidência, utilizando revisão de literatura, pesquisa documental e análise de entrevistas com informantes-chave. Dessa forma foi possível obter uma vasta fonte de dados, possibilitando a produção de informações para análise.

2. Coleta de Dados:

2.1. Revisão de literatura:

Consistiu em busca nas base Scielo, LILACS e o Banco de Teses da Capes, utilizando os descritores: Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica, Políticas Públicas e Políticas de Saúde. Foi realizado também um levantamento de dissertações e teses do Programa de Pós-graduação do ISC/UFBA que tematizaram a Atenção Primária à Saúde.

2.2. Pesquisa documental:

Foi feita uma revisão dos documentos de política institucionais: Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), Política Estadual da Atenção Básica (PEAB), Planos Estaduais de Saúde de 1987 a 2014 e Relatórios de Anuais de Gestão.

A revisão também envolveu documentos normativos, como a Constituição de 1988 e algumas leis, portarias, normas e resoluções que envolvessem a Atenção Básica.

Esses documentos foram localizados na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), na Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) e em sites do Ministério da Saúde, da SESAB e da Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Bahia.

2.3. Entrevistas com informantes-chave:

Foram realizadas três entrevistas individuais, semi-estruturadas, com perguntas abertas. As entrevistas são uma das mais importantes fontes de informação em estudos de caso. Além de fornecerem percepções e interpretações sobre o caso, os entrevistados também podem indicar fontes de evidência. As entrevistas semi-estruturadas foram formuladas de modo a estimular um discurso relativamente livre, mas contemplando as questões do estudo. Entretanto, as entrevistas estão sujeitas a vieses, relacionadas à memória do entrevistado. Desse modo é necessário que os dados obtidos sejam corroborados com informações advindas de outras fontes de evidência, como a pesquisa documental e a revisão bibliográfica (YIN, 2005).

Os entrevistados foram pessoas que estiveram envolvidas com o processo de implementação da APS na Bahia, como dirigentes (coordenadores, diretores e/ou gerentes) de programas estaduais vinculados a política de APS na Bahia, sendo escolhidos de acordo com o período em que estiveram atuando, um da década de 70 á 90, um na década de 90 e outro na década de 2000. Essas entrevistas seguiram o roteiro localizado no Anexo I.

3. Análise das evidências:

A análise das evidências utilizou matrizes e planilhas para a organização dos dados. Dessa forma as evidências foram dispostas em ordem antes de realizar a análise, conforme procedimento abaixo recomendado: “

1. Dispor de informações em séries diferentes;
2. Criar uma matriz de categorias e dispor as evidências dentro dessas categorias;
3. Criar modos de apresentação de dados - fluxogramas e outros gráficos - para examinar dados;
4. Tabular a frequência de eventos diferentes;
5. Examinar a complexidade dessas tabulações e seu relacionamento calculando números de segunda ordem, como médias e variâncias;
6. Dispor as informações em ordem cronológica ou utilizar alguma outra disposição temporal.” (Yin, 2005, p.139)

A análise da política de Atenção Primária à Saúde na Bahia foi realizada segundo os sete pontos considerados por Fleury e Overney (2008) como essenciais na construção de uma Política de Saúde. Esses aspectos são: a definição dos objetivos e finalidades da política; a construção e o emprego estratégias, planos, instrumentos e técnicas; o desempenho dos diferentes papéis políticos e econômicos; a construção de arenas, canais e rotinas oficiais para definir os processos decisórios; a assimilação e contraposição dos diferentes projetos sociais; o desenvolvimento, a reprodução e transformação dos marcos institucionais; e a formação de referenciais éticos e valorativos. O roteiro utilizado nas entrevistas seguiu esse modelo como base. Os dados obtidos das entrevistas foram colocados em uma matriz que seguiu essa estrutura também (Anexo II).

4. Aspectos Éticos:

O projeto foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, com parecer favorável presente no Anexo III. Os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido contido no Anexo IV.

V. RESULTADOS

V. 1. Antecedentes da Atenção Primária à Saúde no estado da Bahia:

Apesar do conceito de Atenção Primária à Saúde ter se concretizado após a Conferência de Alma-Ata, já existiam propostas anteriores de caráter semelhante, como a medicina comunitária, advinda das grandes fundações norte-americanas, que já traziam a ideia de oferecer saúde de forma simplista às comunidades mais pobres desde a década de 60 (PAIM, 1998).

A medicina comunitária influenciou na forma de entendermos saúde de tal modo que atualmente algumas de suas características podem ser percebidas no SUS. A presença de uma medicina simplificada, da participação comunitária no seu próprio processo saúde-doença e da ideia de prevenção de doenças e promoção de saúde são exemplos.

Cabe destacar em qual conjuntura esse processo se desenvolveu para entender algumas de suas características. Na primeira metade da década de 70, o Brasil passou por um processo de crise pelo próprio sistema capitalista e, conseqüente, pauperização da população. Nesse contexto, houve o surgimento do II Plano Nacional de Desenvolvimento, trazendo a ideia do bem-estar social e possuindo como uma de suas diretrizes a estratégia de desenvolvimento social do tipo compensatório (SADER, 1980).

Na V Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 75, surge a ideia de promover saúde por meio de uma atenção integral com caráter curativo e preventivo através de ações básicas, utilizando como base mão de obra auxiliar. Sendo assim, fica claro que modelo antigo de saúde não permite essa expansão. Nesse ponto, a medicina comunitária surge como alternativa para fornecer saúde às populações menos assistidas (COSTA, 1983).

Anteriormente, a medicina comunitária se desenvolvia através de projetos focais. A partir dos Programas de Expansão de Cobertura (PECs), seus propósitos foram expandidos para o resto do país. Os PECs representaram uma nova proposta de organização dos serviços de saúde. No contexto do

Nordeste, coube maior ênfase para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) (SADER, 1980; ARAÚJO, 1988).

Na Bahia, o desenvolvimento industrial em contrapartida e as contínuas necessidades trabalhistas do campo, propiciaram um cenário favorável a aplicação da medicina comunitária, devido a grande massa populacional que se encontrava em precárias condições de vida, tanto periféricamente nos grandes centros urbanos, como nas zonas rurais (SADER, 1980).

O PIASS possuía como objetivo implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região Nordeste, incorporando a medicina comunitária, e propondo atuar a partir de um módulo básico, que consistia em unidades simples (postos de saúde) em articulação com a comunidade com uma demanda específica, apoiada por unidades mais complexas (centros de saúde), com assistência médica permanente e suporte laboratorial básico, localizados em centros urbanos maiores. No PIASS, o módulo básico serviria de porta de entrada, havendo interligação com outros níveis de atenção à saúde, hierarquizados por sua complexidade, integrando uma rede única (COSTA, 1983).

Em 1979, o PIASS começa a ser considerado um elemento de promoção de mudanças qualitativas nas práticas de saúde, não apenas um programa de implantação de rede física. Assim a regionalização adquire ênfase, como o planejamento integrado também. Dessa forma, associada também à realização da Conferência de Alma-Ata, houve a necessidade de ampliar o PIASS para o resto do país, o que se deu com a proposta do Ministério da Saúde de um Convênio Único, para repasse aos estados aplicarem em serviços básicos, e do Plano Operativo Anual, responsável pelo planejamento integrado. Daí também surge a proposta do PREV-SAÚDE, que visava mesclar as estratégias internacionais com os determinantes internos e política nacional. Devido ao seu caráter inovador, o PREV-SAÚDE sofreu diversas alterações diante da resistência enfrentada e mesmo assim sua implementação não foi aprovada (COSTA, 1983; PAIM, 1998).

Analisando o Estado da Bahia, é notável que o PIASS representou o PEC mais abrangente. A expansão da cobertura na Bahia ocorreu inicialmente com o desenvolvimento dos programas e projetos integrados, em especial, os do POLONORDESTE, como o Projeto de Desenvolvimento

Rural Integrado da Bacia do Paraguaçu (PIDERP) e o Projeto de Desenvolvimento Rural Integrado do Irecê (PRÓ-IRECÊ) (SADER, 1980; COSTA, 1983).

Esses programas financiados pelo POLONORDESTE objetivavam reestruturar essas áreas buscando uma racionalização da produção que atendesse à demanda interna e permitisse a entrada do capitalismo no campo. Os projetos são constituídos de subprojetos de produção e complementares (no qual estão os de saúde). Os subprojetos de saúde enfocam a saúde como suporte do desenvolvimento econômico e implantando a medicina comunitária, ou seja, buscando a expansão da cobertura de baixo custo, através de uma saúde simplificada e com serviços hierarquizados. Outro ponto desses subprojetos era a participação da comunidade por meio da criação de “Sociedades de Saúde” nos povoados, que não prosperaram, levando à supressão da questão da participação popular (SADER, 1980).

Na Bahia, o PIASS começou a ser implantado em 1977 e utilizava os conceitos estratégicos da medicina comunitária. Inicialmente, o foco foi a construção dos postos de saúde. Os recursos humanos foram treinados da mesma forma que em outros locais, sem uma formação voltada para as necessidades específicas das populações com que iam trabalhar. O intuito era apenas formar equipes rapidamente. A implementação do PIASS apresentava obstáculos como a falta de material básico, treinamento insatisfatório dos auxiliares, insatisfação salarial, entre outros. A parte de saneamento básico do PIASS apresentou problemas em relação ao financiamento, o que levou a um atraso na sua implementação (SADER, 1980).

A Universidade Federal da Bahia (UFBA) representou um papel importante nesse processo, através de uma associação entre o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e a Escola de Enfermagem. Foram criados programas de medicina comunitária para promover práticas de saúde entre os alunos para além dos hospitais. Cabe destacar o projeto de saúde incluído no Programa de Desenvolvimento Integrado da Cidade de Cachoeira (PRODESCA) e o Sistema Integrado de Saúde Rural de Cruz das Almas, ambos financiados pela Fundação Rockefeller (SADER, 1980).

O Programa de Desenvolvimento Integrado da Cidade de Cachoeira (PRODESCA) propunha a restauração física e dos aspectos sócio-econômicos-culturais, através de uma atuação multissetorial e multiinstitucional utilizando projetos, inclusive um projeto de saúde, subdividido em medicina e ensino e assistência de enfermagem. Só o de ensino e assistência de enfermagem foi efetivado e teve o intuito de formar recursos humanos visando as necessidades governamentais de então (SADER, 1980).

O Sistema Integrado de Saúde Rural de Cruz das Almas, 1976, foi promovido pela Escola de Enfermagem e propunha um programa baseado na medicina comunitária que promovesse a integração de serviços de prevenção de baixo custo e utilização da participação da comunidade como solução aos problemas de saúde. Apesar de ter promovido um aumento na cobertura e uma diminuição na taxa de mortalidade infantil e morbidade, não foi percebido o maior alcance a nível de impacto na população (SADER, 1980).

Outra instituição que foi importante nesse processo, foi a Legião Brasileira de Assistência (LBA), uma organização filantrópica que integrava o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável pelas camadas mais pobres da população. Na Bahia, um dos projetos ocorreu na região de Serrinha, a partir do Programa de Complementação Alimentar, a fim de controlar possíveis rejeições e complicações que poderiam ocorrer devido a mudança no padrão alimentar, sendo a medicina comunitária utilizada para dirigir hábitos da população. Utilizava uma estrutura similar à do PIASS (SADER, 1980).

A LBA atuou nos bairros de Salvador com o Programa de Ação e Saúde Comunitária voltado para população jovem (12 a 16 anos); os atraía através de um convite a uma atividade de lazer e buscava por meio dele atingir o resto da comunidade, com a finalidade de criar um comportamento desejado, como empoderar a população para que está se tornasse gestora de seus programas de saúde e conscientizá-la sobre saúde comunitária. Esse tipo de programa foi implantado em Periperi, Massaranduba, Alto do Cabrito, Calabar e no Nordeste de Amaralina, possuindo boa aceitação da população (SADER, 1980).

Os Centros Sociais Urbanos surgiram com o II PND com o objetivo de desenvolvimento compensatório. Ofereciam atividades de diversos âmbitos, inclusive de saúde, com a intenção de propiciar esperança de mudança à população em meio a um período de crise, além de atenuar algumas necessidades. Os centros se dividiam em tipos A, B e C, dependendo da área de construção. Os A e B possuíam ambulatório e o C realizava ações de educação em saúde, suplementação alimentar, imunização e aplicação de injeções (SADER, 1980).

Apesar da maioria dos projetos propor uma ação interssetorial, existiu uma grande dificuldade de colocar em prática essa integração. O PIASS, o POLONORDESTE e o PSCU representam os programas que propuseram e colocaram em prática uma extensão de cobertura, com presença de uma rede física e uma conotação política e econômica. Os programas da UFBA e da LBA possuíram um caráter mais ideológico, voltado para a mudança no comportamento populacional (SADER, 1980).

A integração com os outros níveis de atenção também se mostrava deficitária, havendo uma desvalorização na prática da proposta de referência e contra-referência. Isso pode ser compreendido, pois a extensão de cobertura proposta pelos PECs era voltada para a realização de uma expansão física, não garantindo à essa população, teoricamente coberta, acesso aos outros níveis de atenção (ARAÚJO, 1988). Desse modo, é possível perceber que a Atenção Primária realizada na Bahia antes da promulgação da Constituição de 1988 era focada na realização de programas seletivos e verticais com forte base na medicina comunitária, o que apresentando problemas na integração com outros níveis de atenção.

V.2. Implementação da Política de Atenção Primária à Saúde na Bahia no período pós-constituente.

De acordo com a Política Estadual da Atenção Básica (2013), a Atenção Básica deve ser o centro estratégico para a organização do Sistema de Saúde, além de sua porta de entrada, o que demonstra a importância da implementação da Política de Atenção Primária à Saúde nos estados como forma de fortalecer o Sistema Único de Saúde (BAHIA, 2013a). A implantação da Atenção Primária à Saúde na Bahia passou por diversos momentos desde a promulgação da Constituição de 1988 a depender de como cada governo estadual considerava a saúde e essa determinada pauta como prioritárias.

Período 1987-1990

O governo de Waldir Pires (1987 a maio/89) foi marcado por uma conjuntura nacional de mudança. Na Bahia, as mudanças apresentaram dificuldade de serem realizadas no interior pela dominação do ex-governador Antônio Carlos Magalhães, porém a presença de militantes da Reforma Sanitária Brasileira na Secretária de Saúde representou um reforço nos valores desejados pela reforma para a saúde no Estado (ÁVILA, 2013), como se observa neste fragmento de entrevista:

“Na segunda metade dos anos oitenta (...) eu passei um tempo coordenando o que era a coordenação de CABAS, a Coordenação de Ações Básicas de Saúde (...). Vacinação e vigilância, principalmente, era o que a secretaria se ocupava; não se ocupava muito das ações de assistência do sentido do atendimento a agravos, nem a grupos vulneráveis, (...) vigilância epidemiológica de alguns agravos, depois de ação de nutrição e suplementação alimentar. Essas eram as ações básicas de saúde. Adiante quando a secretaria se reformulou eu estive envolvida no processo, nesse processo de redesenho, de ampliar a concepção das ações básicas de saúde, pra ações mais integrais visando os grupos, os diferentes grupos da população aí pensado atenção integral pra criança, adolescente (...). Trabalhei (...) com vários grupos na secretaria tentando organizar e sistematizar o que seria o conteúdo da atenção aos diversos grupos na concepção da integralidade da atenção e de respostas as necessidades desses grupos,

mas no nível central. E existiam outros grupos na secretaria. Outro pedaço da secretaria que cuidava, e ainda assim hoje, cuidava de garantir o funcionamento da estrutura... Então essa coisa meio dissociada ainda é hoje (...) Daí a tentativa de coordenar e sistematizar as ações de atenção (...) Nessa época a gente chamava de atenção integral à saúde (...) com a preocupação de não ser só a questão da vacinação ou da vigilância, mas (...) envolver também as outras necessidades de assistência da população. (...) Quando se implantou a política com esse nome [Atenção Básica ou APS] eu já não estava (...) As raízes dos esforços de ampliação de acesso e desenho de uma ação mais integralizada e mais próxima das pessoas acho que foram nesses esforços desde que chamou de extensão rural e de criar as atendentes, que no tempo chamava assistência simplificada em saúde.” (Ent 1.)

Para fortalecer o projeto da Reforma Sanitária, foram utilizadas estratégias como pontes entre os serviços de saúde realizados e o marco do projeto que daria origem ao SUS. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi utilizado como estratégia nesse processo, por apresentar pontos do novo sistema. As Ações Integradas de Saúde (AIS) também se mostraram de grande importância, pois traziam alguns princípios que a Reforma Sanitária pretendia, como descentralização, democratização das negociações políticas, entre outros (PAIM, 1998; ÁVILA, 2013). Nessa perspectiva, havia a necessidade de reestruturação da organização da SESAB:

“[Essas] eram as ações que a secretária coordenava: se mexia, implementava, estimulava, treinava gente pra pensar mais articuladamente, mais integralmente com atenção integral (...) Processo de atenção integral que tem níveis, e organizar os diversos níveis de complexidade. (...) Essas coisas eram bem separadas mesmo (...); na saúde pública e nos serviços públicos de saúde do nível básico. A gente chamava básico e não primário (...); o que se fazia nos hospitais (...) era completa dissociação entre uma coisa e outra. E essa concepção da atenção primária respondendo por todos e sendo o nível de atenção mais integralizado que comporia a porta de entrada e caminho de acesso pra outras necessidades não se tinha desse jeito. A gente só começou a desenhar na segunda metade dos anos oitenta e aí foi quando teve o governo de Waldir. Tinha acabado de ter (...) a Oitava Conferência de Saúde (...). E foi aí que a gente tenta construir esse desenho da atenção por grupos e o esforço de fazer alguma relação entre os diversos níveis de complexidade da atenção. Teve gente na secretária que trabalhou a questão

da referência e contra-referência; se falava dessa coisa de encaminhamento, mas não tinha um processo desenhado e sistematizado como parte do processo de atenção.” (Ent.1)

Essa reorganização lembrada pelo entrevistado é reforçada pelo SUDS que começa a ser implantado em junho de 1987 após o convênio entre o estado da Bahia e o Governo Federal. Esse momento representa uma democratização na saúde, uma forma de trazer a saúde como direito e construir um novo sistema de saúde (ÁVILA, 2013).

“Esse processo que vinha de modificações das Ações Integradas, da unificação do INANPS, tomou um corpo mais articulado com a (...) questão política da Reforma Sanitária e depois da Lei do Sistema (...) Foi nesse efervescer político que conseguimos desenhar, desenhamos na lei. Era um processo de começar a pensar como podemos desenhar construir este desenho que está na lei, esse sonho, como é que ele se materializa (...) no cotidiano e no formal dos serviços e das funções de cada órgão e, como se vai reorganizar o serviço mesmo. Isso foi essa tentativa de fazer construção da atenção integral por grupos.” (Ent. 1)

Nesse período foi realizada a I Conferência Estadual de Saúde (1987), onde foi discutido o Plano Estadual de Saúde do quadriênio de 1988 a 1991 e trouxe uma nova forma de conceber a saúde. Nesse momento, o estado assumiu as AIS e o SUDS. Outro marco foi a criação do Conselho Estadual de Saúde, a partir da implantação do SUDS (ÁVILA, 2013).

“Conseguimos politicamente mudar o desenho e a compreensão do que cabe ao estado em termos de saúde. Agora em termos de achar como é que se faz isso na prática. Acho que o grande histórico do contexto era esse desafio de construir na prática, como é que funciona e como é que se faz na prática, isso que está lá na lei (...) Fazendo e mudando, fazendo e tendo que assistir também e, e com as pessoas que eram e que existiam e que tinham a formação. Todos nós tínhamos uma formação que não é que tinha uma formação com esse instrumento todo, de compreensão toda, tanto que aos poucos que foram surgindo às normativas, de como funcionar os diversos níveis de atenção e os diversos níveis de governo é. Foi um tempo em que assim mudou na lei você tem que achar fórmula, agora tem que mudar as secretarias, tem que mudar como fazer. E as secretarias tinham essa tarefa de mudar como fazer. Acho que o contexto era esse entendeu? De você, tinha um desenho... Um desenho na lei, mudou o governo dos estados que também foi uma coisa assim (...) Tem novos governos que se elegendem numa época em que teve essa grande mudança na lei e ai você tem as equipes todas assim, (...)”

muito eufóricas, não, mas muito contentes do que se conseguiu em termos da mudança o significado dessa mudança. (...) As equipes dirigentes dos novos governos eram formadas por pessoas (...), comprometidas com esse ideal. Mas nós tínhamos uma formação que era muito limitada, (...) em instrumentos que eram muito limitados pra o que era o desafio e aí foi um esforço muito grande da gente com o sonho, a compreensão e os instrumentos que a gente tinha de saber mesmo. O que é, o que é que se faz então? Como é que se reformula? Como é que toma forma isso? Como é que se faz a relação com os municípios? Como é que se modifica essa relação com os municípios? Quem faz isso?” (Ent. 1).

Em 1989, houve expansão das unidades de saúde na Bahia, com construção e reforma. No relatório de 1989, é apontado que cerca de 40% dos municípios baianos aderiram ao SUDS (ÁVILA, 2013).

Esse período representou o início de mudanças nas práticas de saúde e nos modelos de assistência. A descentralização/municipalização, além da distritalização da saúde, se apresentaram como elos importante nesse processo na Bahia. O Distrito de Pau da Lima foi tido como modelo para a ampliação desse nova prática.

“Até hoje não achamos uma forma que seja mais articulada e integrada. Então um grupo pensava ação e outro grupo pensava relação com os municípios. As discussões coletivas que se tinha não eram muito suficientes pra permitir uma contaminação de grupos nos outros (...); pensar o que é o conteúdo da ação, usasse o conhecimento de quais são as estruturas, de quais são as ferramentas financeiras, as ferramentas políticas, as ferramentas legais(...); tentando desenhar e o pessoal que administrava o funcionamento dos hospitais tentando fazer operar e as coisas. A gente não conseguiu juntar muito bem as partes (...); pensar no contexto que era de um grande desafio, de um grande processo de mudança que se tinha conseguido politicamente que precisava, e que estávamos todos muito estimulados (...) Um governo progressista, de esquerda, supercomprometido com o processo da reforma sanitária” (Ent. 1)

Esse momento é de suma importância em todo o processo de mudança, pois representou uma ruptura com o movimento de fazer saúde através de programas especiais. Foi a apresentação de um novo modelo de assistência em saúde que representasse os princípios trazidos pela Reforma Sanitária.

Com a mudança de governo para Nilo Coelho (vice de Waldir Pires) houve um atraso na execução das pautas de saúde na Bahia. Apesar da equipe ter tentado continuar o processo iniciado com Waldir Pires, esse governo foi marcado pela descontinuidade de repasses e pela greve dos servidores da saúde em 1990, que causaram desgaste político.

Período 1991-1994

Em 1991, Antônio Carlos Magalhães (ACM) é eleito governador da Bahia pelo voto da população. Nacionalmente, Fernando Collor de Mello é eleito presidente, dando início a uma política neoliberal no Brasil, que ACM trouxe para Bahia. Essa forma de fazer política se traduz na saúde por medidas racionalizadoras e por um *sanitarismo de resultado* (ÁVILA, 2013).

O contexto da implantação do SUS na Bahia foi de um Governo do Estado carlista, que fazia oposição ao Governo Federal assumido por Itamar Franco (Vice de Collor) e à Prefeitura de Salvador dirigida por Lídice da Mata. O Plano Estadual de Saúde (PES), os Relatórios de Gestão e as atas dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) desse período trazem mais críticas à antiga gestão do que propostas para a pauta da saúde (ÁVILA, 2013).

No Plano Estadual de Saúde (PES) de 1992-1995, algumas ações programáticas para a atenção básica são apresentadas, porém sem descrevê-las detalhadamente e nem exibir um orçamento para elas. Essas ações são voltadas para programas específicos e determinados grupos como crianças, mulheres e idosos (BAHIA, 1992a).

O PES traz a pauta da descentralização, apontando a Bahia como pioneira na implantação os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) ou Distritos Sanitários, iniciados em 1987. Os SILOS se apresentam com aumento progressivo inicialmente, porém, segundo este documento, o quadro se torna desfavorável política e administrativamente em 1989.

“(…)na verdade nesse período a rede era estadual, poucos municípios tinham o que eles chamavam posto de saúde ou centro de saúde. Então com a proposta da descentralização, que ocorreu mais ou menos nessa época de 90, que foi a edição da lei orgânica do SUS, então começamos o movimento da descentralização propriamente dita, que aqui chamou de

municipalização, aqui na Bahia, e alguns outros estados também. Então o contexto era esse, eram as unidades estaduais que executavam serviços de atenção básica e nós nessa época fazíamos supervisão aos municípios que trabalhavam na nossa rede. Então era um contexto ainda, vamos dizer assim(...): a atenção básica era estadualizada.” (Ent.2)

Tanto no PES, quanto nas atas das reuniões do CES não aparecem menções ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Saúde da Família (PSF). Porém, no Relatório de Gestão (1991/1994), o PACS aparece como tendo sido iniciado no primeiro ano de gestão, com realização de atividades educativas e capacitação das equipes, com implantação em 90 municípios, dos 415 da época (ÁVILA, 2013).

No Relatório Anual de 1992 da SESAB, a expansão da Rede Básica é colocada pela construção de novas unidades e centros de saúde no interior do Estado. Segundo o documento, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado neste ano, destacando a responsabilidade das prefeituras na contratação destes profissionais e a adesão ao programa por meio de um convênio com o estado para repasses de verbas (advindos do Ministério da Saúde). Nesse ano a SESAB ainda implantou e reorganizou os programas voltados à saúde da criança e à saúde materna (BAHIA, 1992b).

“Eu acho que um grande avanço foi quando a gente implantou o Programa de Agente Comunitário em Saúde. Porque, por questões dos critérios, porque quem tinha conselho municipal de saúde, a gente não pode trabalhar a atenção primária sem controle social mínimo, que isso não é um controle social, é o mínimo. A gente não pode trabalhar sem o controle social, eu não acredito. (...) Aqui na Bahia foi 1992, 1991. Então houve todo um interesse e o ministério acenou com um financiamento diferenciado. (...)Então aquilo foi um avanço pra mim, a questão de você minimamente pensar o controle social e fazer a municipalização acontecer como critério que era naquela época.” (Ent. 2)

Nesse período, cabe destacar a implantação da Norma Operacional Básica 01/93³, que estimulou a descentralização por condicionar o repasse de recursos ao gerenciamento desse processo,

³ A NOB 01/93 teve como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações de saúde para construção do SUS. Foi responsável pela organização do gerenciamento da descentralização nas três esferas de governo, pela indicação do financiamento com os recursos da União e pelas condições de gestão (BRASIL, 1993).

além de indicar o funcionamento de algumas instâncias, como o Conselho Estadual de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite.

No Relatório Anual de 1993 da SESAB, a descentralização é colocada como meio mais eficaz de promover saúde, desse modo a parceria Estado x Município é incentivada e há transferência de Unidades Estaduais de saúde para os municípios que demonstram capacidade administrativa para tal (BAHIA, 1993). Houve uma adesão de 60% dos municípios a esse processo de municipalização (BAHIA, 1993). Esse número aumentou ainda mais em 1994, dando continuidade a esse processo.

“Tinha município que não tinha nenhuma unidade, nenhuma unidade municipal, todas eram do estado e a gente começou a chamar os gestores pra gente poder doar, fazer a transição (...).”
(Ent. 2)

Existe também um pequeno aumento na infra-estrutura das unidades em 1993. São apresentados alguns eventos para capacitação dos Agentes Comunitários e Profissionais de Saúde, porém com ênfase nos programas verticais de atenção, focados em determinadas doenças com alta prevalência. O número de municípios que aderiram ao PACS diminuiu de 1992 a 1993 devido a dificuldade técnicas e desistência de alguns municípios (BAHIA, 1993).

De acordo com os Relatórios Anuais desse período, pode-se perceber que atenção básica aparece como secundária nos investimentos e ações da SESAB, havendo prioridade na melhoria da atenção secundária e terciária no Estado da Bahia. As ações básicas de saúde são voltadas pra programas verticais e seletivos.

Período 1995-1998

O governo de ACM é sucedido pelo de Paulo Souto, que pertencia ao mesmo grupo político. Fernando Henrique Cardoso é eleito presidente do Brasil em 1994, fortalecendo a implantação de um projeto político neoliberal com a Reforma do Estado Brasileiro, o que representava opção por privatizações (ÁVILA, 2013).

Seguindo essa linha, a saúde é vinculada a lógica do mercado, retomando antigas práticas desconstruídas com o SUS, com ênfase em organizações sociais ou filantrópicas e modos de diminuir

os gastos do Estado. Os movimentos sociais demonstraram sua insatisfação, em especial, na 10ª Conferência Nacional de Saúde. Para o SUS, um marco muito importante foi a instituição da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), que fortaleceu o processo de descentralização e de municipalização (BRASIL, 1996).

A primeira gestão de Paulo Souto (1995-1998) foi marcada pelo processo de privatização em diversos âmbitos, inclusive na saúde. O estado propunha transferir a gestão de serviços públicos para o âmbito privado e, em 1997, é criado o Programa de Incentivo às Organizações Sociais. Esse modelo privatista foi amplamente criticado por alguns setores, como os representantes dos trabalhadores de saúde durante as reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES) (ÁVILA, 2013).

O Plano Estadual de Saúde para o quadriênio de 1996 a 1999 tem como uma das diretrizes principais a descentralização. O caminho apresentado para alcançar essa descentralização é o planejamento estratégico. Porém esse PES apresenta problemas de clareza em relação a como o Estado iria abordar certos temas, como o papel dos Distritos Sanitários e DORES, a forma de descentralização e como seriam cumpridos os requisitos da NOB 01/93 (BAHIA, 1996).

Um ponto que merece destaque é o fato da municipalização tardia da Bahia, contrário ao que vinha sendo implantado nacionalmente. No próprio PES a situação é colocada como abaixo do esperado de acordo com a média nacional. Esse processo só teve força real com a implantação da NOB 01/96⁴.

“Na Bahia, o processo de descentralização da saúde, ele foi meio que tardio. Havia um, vamos dizer, algo assim implícito de perda de poder, poder técnico, poder administrativo, poder político. (...) Quando a gente falava assim dessa descentralização havia uma certa resistência (...)” (Ent 2)

O PES trazia a distritalização da saúde como estratégia de mudança do modelo assistencial, de forma que este fosse descentralizado, territorializado, com ações coletivas de saúde e vigilância à saúde, buscando ampliar o PACS de 18% para 55% e que em quatro anos o Programa de Saúde da Família abrangesse todos os municípios que tivessem o PACS (BAHIA, 1996).

⁴ A Norma Operacional Básica de 1996 apresentou grande estímulo ao processo de descentralização pela definição do Piso da Atenção Básica, propondo uma parte fixa e uma variável que incentivava financeiramente a implantação de determinados programas como PACS e PSF. (BRASIL, 1996)

“Na nossa época, a meta principal era implantar, era vamos dizer assim porque Mendes, ele tem uma categorização que se até 50% do estado ou do município não tiver implantado o saúde da família, ele considera que ainda está em implantação, então a gente correu atrás de pelo menos ampliar e depois viria a pensar um pouco mais na qualidade, porque a gente queria que as pessoas conhecessem o que era a estratégia e pra conhecer, você tinha que ampliar esse universo.” (Ent. 2)

Em 1997, o processo de municipalização sofreu alterações por causa da NOB 01/96. Um dos pontos trazidos era a realização da Programação Pactuada Integrada (PPI), que era um instrumento para reorganização do modelo de atenção e de gestão. A I PPI da Bahia foi responsável por programar as ações e serviços de saúde do estado, regiões e municípios (ÁVILA, 2013; BAHIA, 1997).

No Relatório da Gestão, o PACS apresentava uma expansão quantitativa pelos municípios da Bahia, aumentando de 1997 para 1998 em 131,6%. Segundo o relatório, o PSF também apresentou expansão de cobertura. Outro ponto citado foi a realização de curso de especialização para Coordenadores Regionais do PACS/PSF (BAHIA, 1998).

“Aí quando a Estratégia de Saúde da Família chegou (...), a gente já estava com essa descentralização mais ou menos implantada. Então ela veio ocorrendo de certa forma devagar e muito induzida pelas políticas do Ministério da Saúde. Ela veio ocorrendo, tipo assim, você implantar PSF com estímulos financeiros, é um papel do Ministério mesmo. Além do estímulo técnico de compreensão do que seria uma estratégia dessa com adscrição de clientela, com territorialização (...). Ela também teve o estímulo financeiro, porque até hoje você recebe...o município recebe diferenciado se ele implantar o saúde da família. Então assim, no Estado, essa política de implantação da atenção básica ou primária, ela veio ocorrendo, de certa forma, devagar (...).” (Ent. 2)

A municipalização teve sua implementação garantida também pela capacitação dos recursos humanos, através de parcerias com órgãos de ensino e como objetivo de fortalecer o novo modelo de atenção (ÁVILA, 2013).

“Nós trabalhamos com o ISC [Instituto de Saúde Coletiva] no primeiro e segundo processo de uma grande seleção de agentes comunitários e foi uma parceria muito boa pra gente nesse processo de já começar a qualificação das equipes. Nós fizemos aqui um curso de especialização para as enfermeiras do PACS, para os coordenadores regionais das DARES, porque não adianta um estado desse trabalhar centralmente. Então nós pegamos uma pessoa de referência em cada regional e fizemos uma especialização com ela aqui pelo ISC. Então isso foi todo um fortalecimento pra ampliação dessa estratégia, foi muito bom.” (Ent. 2)

Período 1999-2002

Em 1999, César Borges assumiu o Governo da Bahia. Fernando Henrique Cardoso foi reeleito presidente, dando continuidade ao processo do neoliberalismo, porém com uma maior submissão organizações internacionais, o que representou maior desemprego, precarização do trabalho e perda de direitos sociais aos brasileiros.

“Casa muito com o momento político que o Brasil estava vivendo. É o momento onde Brasil estava buscando uma organização econômica. E teve uma opção que foi voltada muito pra condução do investimento é... Aliás, um menor investimento nas áreas sociais e (...) um investimento muito mais da especulação econômica que é o período neoliberal que a gente viveu no Brasil. E aí isso casa muito com os processos que eram de buscar estabilidade econômica, com ampliação de juros e pouco investimento na área social. E as propostas nas áreas sociais sempre foram(...) mínimas.” (Ent. 3)

Nacionalmente, o Programa de Saúde da Família expandiu sua cobertura consideravelmente, passando de 724 equipes, em 1995, para 3.147, em 1998, para 16.698, em 2002. A população coberta estimada era de 56 milhões (ÁVILA, 2013).

“(…) foi um movimento também de descentralização da saúde, então esse pra mim foi um dos primeiros avanços da atenção primária. Depois disso aconteceram outros, no sentido de que a Bahia, que tinha um percentual mínimo de saúde da família, começou a entender a proposta, não como mais essa ameaça, mas como uma forma de organizar o município. Houve um acréscimo, acho que foi entre 2001, a gente pode até pesquisar isso, 2001 até 2006, houve um acréscimo significativo no número, pelo menos o acesso melhorou, então acho que houve um avanço com essas propostas aí.” (Ent.2)

A saúde na Bahia foi marcada nesse período pela semelhança ao Governo de Paulo Souto, em especial, pelas privatizações. O Plano Estadual de Saúde para o período de 2000/2003 demonstra um interesse por mudanças e uma necessidade de consolidação dos sistemas municipais. Isso se refletiu nas novas funções assumidas pela SESAB. O avanço no processo de municipalização é trazido nesse PES: 45,78% de municípios, em 1996, sob alguma das formas descritas na NOB 01/93 e 97,83% de municípios, em 1999, sob alguma das formas definidas pela NOB 01/96 (BAHIA, 1999; BAHIA, 2000).

Segundo o Relatório de Atividades do Governo do Estado da Bahia, em 2001, a descentralização atingiu 99% do Estado, sendo 415 municípios apresentando alguma forma de gestão SUS, dos 417 municípios existentes na época (BAHIA, 2001).

Nesse período, a implantação do PACS/PSF representou a pauta principal da saúde. A ampliação na cobertura desses programas, trouxe como consequências o fortalecimento da vigilância à saúde e a redução de doenças preveníveis na Bahia (ÁVILA, 2013).

“A gente fazia uns encontros. Fizemos o encontro estadual, fazíamos todo ano. A gente fazia um encontro regional pra mostrar a troca de experiência, para os municípios verem como é que acontecia regionalmente. E isso foi uma coisa que fortaleceu muito...vamos dizer assim...estimulou muito a ampliação do número de equipes. Na minha época, que era a época de fato da implantação do saúde da família, nossa meta maior era aumentar a cobertura e depois, começamos pensar no processo da qualificação através da certificação, que a certificação ele era um processo de avaliação da qualidade e que também...de um cofinanciamento. Além de avaliar, propor um cofinanciamento do estado com as equipes de saúde da família, ai a gente já começou a trabalhar um pouco mais a qualidade, mas a meta maior, porque o estado precisava que a gente tivesse uma cobertura razoável.” (Ent.2)

Em 2002, o PSF estava implantado em 183 municípios e o PACS em 417 municípios. Nesse ano ainda, foram selecionados quase 4.000 ACS para atuar nos municípios. O programa de saúde bucal também apresentou ampliação, cobrindo 73% da população através do fornecimento de água fluoretada (ÁVILA, 2013).

Nesse período, houve também a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB). Nacionalmente concedeu-se autonomia financeira aos municípios, o que representou um avanço na consolidação do sistema municipal de saúde. Isso foi inclusive apontado pelo PES, conjuntamente com a NOB 93 e a NOB 96 como fortalecedor dos sistemas locais.

Período 2003-2006

Em 2003, Paulo Souto retorna ao governo do Estado da Bahia. Com uma conjuntura nacional favorável a mudanças, Luiz Inácio Lula da Silva se elege como presidente do país. Embora oposição, Lula manteve certos aspectos do governo de FHC, como políticas sociais focalizadas. Apesar disso, o Ministério da Saúde encontrou respaldo para conduzir o SUS de forma coerente com o que foi colocado pela Reforma Sanitária, mesmo apresentando financiamento limitado.

“A partir de 2002 a gente [tem] essa concepção de forma muito gradativa, não foi tão forte assim. Mas, conseguiu haver uma redução principalmente de juros e uma ampliação de investimento na área social. E a partir disso a gente começa a olhar, de que daí se ampliam... É... Outros serviços na área da saúde que não existiam. A gente vê SAMU, a gente começa a ver CEO. (...) Antes de 2002 tinha uma outra conotação. E aí se tem uma gama e se amplia o investimento social. Bom, então isso, a Atenção Primária acaba acompanhando (...) essa lógica de ampliação. E amplia os direitos das pessoas também. Porque tem muito mais acesso a outros serviços. E tendo mais acesso aos direitos as pessoas tem, também, (...) um impacto que as pessoas não percebem, mas é ganho econômico, individual. Porque quando você tem acesso a um direito que é a saúde, você deixa de pagar serviços privados.” (Ent. 3)

No Plano Estadual de Saúde (2004-2006), o ano de 2003 é tido como destaque pela habilitação da Bahia na Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde. Isso aumentou o financiamento do estado e este passou a assumir um papel de co-gestor do SUS. A consolidação como gestor estadual ocorre com a transferência dos serviços, responsabilidades e poder para os municípios, que representa uma concretização da descentralização. Porém, os municípios ainda apresentavam uma dependência política, o que dificultou esse processo (ÁVILA, 2013).

“(…) A certificação, a gente instituiu níveis de organização que estimulava financeiramente, só que o que a gente pedia das equipes eram (...) era menos do que se pede no PMAQ. (...) A nossa certificação começou em 2004, ficamos 2004, 2005 e 2006, foram 3 anos de certificação na Bahia.” (Ent. 2)

No PES (2004-2006), há um destaque para o processo de mudança do modelo médico-hospitalocêntrico para uma saúde centrada na atenção básica, utilizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ações de prevenção. Isso também é apresentado nos Relatórios de Atividades do Governo, no qual são priorizadas as ações de Saúde da Família. Em 2003, a cobertura da ESF atingiu 27,4% da população (ÁVILA, 2013).

Apesar desses avanços, é notória que a implementação do SUS na Bahia até o ano de 2006 e, conseqüentemente, da Atenção Primária se apresentou de forma tardia. Foram necessários 14 anos para que a Bahia fosse habilitada e assumisse o seu papel como Gestão Plena do Sistema de Saúde.

“(…) o Estado, na verdade, foi o que mais demorou pra buscar se estruturar. Ele tinha, na verdade, uma coordenação que não era nenhuma coordenação de atenção primária, nem (...) atenção básica como a gente tem hoje. Mas, buscava trabalhar principalmente junto com os agentes comunitários de saúde numa proposta de estar subsidiando eles e... E buscando qualificar especificamente os processos de seleção e também (...) uma aproximação com os municípios” (Ent. 3)

Período 2007-2010

Em 2007, Luiz Inácio Lula da Silva se reelegeu presidente do Brasil. Na Bahia, seu companheiro de partido, Jaques Wagner, assume o Governo do Estado. Nesse momento, Jorge Solla passa a assumir o cargo de secretário de saúde da Bahia.

No Plano Estadual de Saúde da Gestão de 2007-2010, é citado o Programa de Governo, no qual é destacado o trabalho em conjunto com a administração municipal. Em especial, devido à grande extensão territorial do Estado, que aumenta a necessidade de atuação consensuada com os municípios. Desse modo, o processo de regionalização da saúde aparece como um dos compromissos desse governo (BAHIA, 2009).

“ (...) outro entrave de que ainda a gente não conseguiu estabelecer (...) uma responsabilidade dos três entes de governo. Principalmente na atenção básica. A gente tem (...) uma política nacional que ela é sub-financiada e (...) a política estadual também dá algumas diretrizes diferenciadas mas a gente não consegue (...) garantir que os municípios (...) consigam ter um aporte tanto financeiro quanto estrutural, então, pra dar conta daquilo que está sendo proposto.”(Ent. 3)

Com o objetivo de consolidar a gestão regionalizada, uma das ações seria elaborar uma nova Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BAHIA, 2009). Segundo o Relatório de Gestão de 2010, essa nova PPI foi elaborada, permitindo a organização da rede de serviços, transparência ao fluxo, definição de parâmetros pactuados e os limites financeiros (BAHIA, 2010).

Dentre os problemas prioritários que seriam trabalhados durante a gestão estão a baixa cobertura e baixa resolutividade, que se mostram presentes tanto quando o Estado da Bahia é abordado como um todo, quanto quando se coloca os problemas prioritários de cada região específica, exceto na região do Extremo Sul. (BAHIA, 2007).

Nesse plano estadual, é definida como uma das linhas de ação que serão adotadas “A atenção à saúde como equidade e integralidade”. Nessa linha, um dos compromissos é a atenção básica com inclusão social e equidade: “Saúde da família para todos nós”. Dos objetivos, cabe destacar a expansão da ESF no estado, oferecendo apoio aos municípios, e qualificação da atenção básica (BAHIA, 2009).

Segundo o Relatório de Gestão de 2010, a SESAB apoiou financeiramente e institucionalmente a Atenção Básica, com organização dos serviços, desprecarização do trabalho, compra de equipamentos de saúde, entre outros. Isso contribuiu para a consolidação de uma atenção básica que considerasse a comunidade na sua forma de realizar o cuidado (BAHIA, 2010).

“ (...) acho que talvez o maior avanço que a gente teve foi a partir de 2007. Foi quando se estabeleceu uma outra lógica para a atenção básica e aí, uma lógica que se buscava trabalhar um processo de desprecarização...é...nessa relação dos trabalhadores com a gestão municipal. (...) Se buscou trabalhar muito mais a estruturação de serviços (...) e se trabalhou muito numa

lógica de educação permanente. Então, foram feitos inúmeros cursos, baseados os cursos, com uma lógica de educação permanente voltada pra prática desses trabalhadores e da gestão também. Isso a partir de 2007. Se ampliou uma (...) linha de financiamento pra construção de unidades e também se estabeleceu uma ação do estado na indução da desprecarização dos agentes de combate às endemias e agentes comunitários de saúde. E a partir disso, começou também a pensar numa formulação (...) pra captar trabalhadores, principalmente profissionais médicos. E fixa-los nos municípios. Foi uma proposta inicial. Foi a Fundação Estatal Saúde da Família. O que teve de retrocesso, foi a gente não ter conseguido de fato (...) colocar essa proposta de fixação dos trabalhadores e de criação de planos de cargos, carreiras e vencimento pela fundação.” (Ent. 3)

Algumas das metas planejadas pelo PES eram: obtenção de uma cobertura da Saúde da Família de 65% em todo o estado, expansão das equipes de saúde da família, de saúde bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), regularização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), apoio e monitoramento das ações de atenção básica, entre outras (BAHIA, 2009).

Em 2010, a cobertura do PSF era de 58,6% e havia 2.685 equipes de saúde da família implantadas. Nesse período, de 2007-2010, a cobertura do PSF aumentou mais de 12%, sendo o estado com maior crescimento no Nordeste. Além disso, um outro avanço foi a aprovação da Lei Municipal que regularizava a profissão do ACS de 5% dos municípios em 2007 para 99,28% em 2010 (BAHIA, 2010).

“Na verdade a estratégia de saúde da família acabou sendo a estratégia, bem isso, a estratégia indutora de ampliação de acessos, a meu ver foi muito nessa lógica. É... Eu ainda acho que a gente precisa, agora que a gente está chegando num nível de cobertura mais adequado. É porque a maioria dos estudos aponta que a partir dos setenta por cento de cobertura é, é um nível que a gente coloca como sendo um nível aceito. De implantação da estratégia, agora é momento da gente qualificar, qualificar ela e aí mais do nunca é necessário a educação permanente.” (Ent. 3)

A atenção básica também é contemplada no PES de 2007-2010 com expansão e melhoria da infraestrutura administrativa e dos serviços de saúde, que tinha como um dos objetivos estruturar a rede de serviços. Para isso, existiam como ações estratégicas, o apoio técnico-financeiro aos

municípios na estruturação dos serviços de atenção básica e a construção e reforma de unidades de saúde da família (BAHIA, 2009).

Segundo o Relatório de Gestão de 2010, a atenção básica recebeu como financiamento R\$ 216 milhões, sendo que R\$ 155,3 milhões foram repassados para a esfera municipal. Há também o registro da regularização do repasse estadual aos municípios por equipe de saúde da família, que passou de R\$ 1,1 mil mensal para R\$ 1,5 mil mensal, além da inclusão dos municípios que possuíam mais do que 100 mil habitantes no recebimento desse recurso (BAHIA, 2010).

“Eu diria que a maior parte do recurso, hoje, é o município que acaba (...) colocando. Ele, a Bahia optou, o Governo do Estado optou por fazer um financiamento por equipes de saúde da família que é um valor é... Irrisório na verdade pra grande complexidade que é a atenção básica, hoje é mil e quinhentos reais por equipe da saúde da família e se a gente avaliar isso no Brasil é um dos poucos estados que financiam e é... Mas isso não justifica o pouco investimento e se a opção, a meu ver é uma opção de política de saúde que a Bahia tem, tem tido de priorizar muito mais a rede hospitalar do que (...) investimento na atenção primária (...)” (Ent.3)

Apesar do Plano Estadual de Saúde de 2007-2010 abordar a atenção primária e oferecer estratégias para implementar essa política, é demonstrado como prioridade os investimentos na alta e média complexidade. Já no Relatório de Gestão de 2010, é afirmada a necessidade do fortalecimento da Atenção Básica como maneira de organizar a rede de atenção (BAHIA, 2010).

“(...) a gente precisa discutir qual é que é, ou rediscutir (...) qual é o modelo assistencial que a gente quer pra Bahia. Porque não dá pra gente ter (...) um Estado, principalmente, um grande Estado, responsável por mais de 50 (...) hospitais. Isso faz com que mais de 90%, muito mais de 90%, mais de 95% (...) dos recursos do governo do Estado para a área da saúde, sejam utilizados (...) com as contratualizações com os hospitais, com as instituições hospitalares ou pra manutenção de hospitais que são de gestão direta do Estado. E (...) o recurso da atenção básica ele é mínimo pra que a gente possa (...) qualificar os serviços, possa direcionar pra educação permanente desses trabalhadores, pra que possa o Estado tá muito mais próximo dos municípios, qualificando a gestão. Então é uma necessidade de definir se de fato a atenção básica é prioridade.” (Ent. 3)

Período 2011-2014

Com a reeleição de Jaques Wagner em 2011 e a eleição de Dilma, a conjuntura política continua seguindo a linha já defendida pelo Partido dos Trabalhadores.

No Plano Estadual de Saúde 2012-2015, destaca-se que sua implementação tem como objetivo fortalecer o SUS enquanto política pública, utilizando a intersectorialidade para fornecer uma melhora efetiva da saúde da população (BAHIA, 2012).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, o PES 2012-2015 coloca como compromisso o fortalecimento da atenção básica, no intuito de pôr em prática a mudança no modelo de atenção à saúde. Os principais objetivos são novamente a expansão e qualificação da APS da Bahia (BAHIA, 2012). Segundo o Relatório Anual de Gestão de 2011, o Governo do Estado é reconhecido como financiador, apoiador e estimulador à Saúde da Família nos municípios, cabendo-lhe monitorar, avaliar e qualificar essa atenção básica (BAHIA, 2011).

“(…) a gente tem avaliação que ela se dá, é avaliação anual dos indicadores do SISPACTO, mas pra além disso a gente tem uma coordenação de monitoramento e avaliação. Essa coordenação ela faz, disponibiliza pros municípios e pra quem quiser pelo um site eles tem na secretaria e também cadernos de atenção básica que a gente disponibiliza com todos os indicadores, a gente tá monitorando trinta e três indicadores e ai têm trinta e três cadernos de atenção básica disponíveis e que a gente adequou a eles (…)” (Ent. 3)

As metas estabelecidas foram a construção de 400 Unidades de Saúde da Família ou Unidades Satélites e a ampliação da cobertura da ESF em 10% (BAHIA, 2012).

“(…) a gente conseguiu (…) avançar muito naquilo que é preconizado, pelas políticas tanto nacional, como sendo prioritárias que é a estratégia de saúde da família, que eu já coloquei que já são quase 70%, principalmente esse ano a gente fecha com 70% de cobertura com 1600 trabalhadores médicos ocupando espaços nas equipes de saúde da família, tanto médico no Mais Médicos, quanto do PROVAB. (...) Com a chegada desses profissionais, a gente consegue ser mais resolutivo e isso é o que tem já demonstrado. Os últimos dados têm apontado de forma muito...muito enfática pra uma ampliação do acesso” (Ent. 3)

Para atingir as metas, foram definidas ações, como: incentivo financeiro estadual para Atenção Básica (AB); apoio institucional, acompanhamento, monitoramento e avaliação da AB; apoio à construção e recuperação de Unidades de Saúde; educação permanente para AB; e, informatização da rede de AB (BAHIA, 2012).

“O Estado quando optou por trabalhar numa lógica que é o apoio institucional na atenção básica isso ganhou uma outra conotação. A gente passou a ter uma relação muito próxima dos municípios. Um diálogo muito mais franco. E se corresponsabilizou pela problemática que os municípios tinham. E a partir disso a gente conseguiu construir com eles, e é “com” eles. A gente não faz “por” eles. A gente abre mão da tutela pra poder corresponsabilizar eles e aí a gente viu que pra além (...)dos municípios buscarem se se apropriar cada vez mais pela atenção básica eles conseguiram criar muitas soluções.” (Ent. 3)

A verba repassada como incentivo estadual às cidades com ESF, aumentou em 34% de 2010 para 2011. A cobertura das equipes de saúde da família em 2011 foi de 61,88% da população. Na questão da estrutura física, foram entregues 14 obras em unidades de saúde em 2011. As metas definidas foram quase completadas, no co-financiamento das equipes de Saúde da Família atingiu o resultado de 98,3%, na despreciação do trabalho dos ACS foi 96,3% e no acompanhamento e avaliação da AB foi 96,2% (BAHIA, 2011).

De acordo com o Relatório Anual de Gestão de 2013, a Atenção Básica é apontada também como efetiva para a implantação de um novo modelo de atenção. Novamente, o financiamento e a qualificação profissional são indicados como os maiores papéis da SESAB no âmbito da APS. A qualificação das equipes passou a contar com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) em 2011, que já está implantado em 1.571 equipes na Bahia. (BAHIA, 2013)

A cobertura da ESF na Bahia em 2013 passa a ser de 65,7%, com 2.973 equipes de Saúde da Família. Comparativamente com 2007, a cobertura aumentou em 39,2%. Outro ganho, foi que entre os anos de 2008 e 2013 foram implantados 241 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Bahia (BAHIA, 2013)

“(…) Nesse processo de implementação, a atenção primária ela não eu diria que ela não está implementada ela não, não foi implantada, ela está em processo. E ela a gente vê muito a

condição de qualidade, da atenção do cuidado das pessoas e isso já diz muita coisa assim pra gente. Se tem uma clareza do vínculo, que esta estabelecido na comunidade com a saúde, com o setor saúde e dessa forma a gente consegue estabelecer muito mais uma atenção longitudinal. Isso quando a gente consegue de fato ter essa permanência, tanto da proposta, quanto dos trabalhadores e então a gente consegue ter essa percepção, ou seja, a gente consegue estabelecer um espaço de saúde muito mais próximo das pessoas.” (Ent. 3)

Portanto, algumas estratégias e programas, federais e estaduais, com intuito de fortalecer, auxiliar e implementar efetivamente a Atenção Básica podem ser destacados. O Projeto Telessaúde, que ainda vem sendo implantado e atingiu 401 municípios em 2013, tem como objetivo possibilitar um auxílio entre profissionais à distância. O Programa Mais Médicos que, entre outros objetivos, busca levar médicos aos locais em que existe essa dificuldade de contratação desse profissional. Esse programa já está atuando em 323 municípios baianos. O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) surgiu para estimular a ida de profissionais para atuar na saúde da família, com um adicional que é a realização de um curso de pós-graduação em saúde da família. Existem 395 profissionais desse tipo cadastrados na Bahia. (BAHIA, 2013).

“A gente precisa formar a atenção primária e principalmente as unidades de saúde e serviços da atenção primária numa porta de entrada. Porque porta de entrada isso remete as condições das pessoas que acessam aquele espaço é que conseguem ter a possibilidade do direito garantido. Quando a gente fala que precisa ser ampliada, eles precisam colocar é um portal nesse território e aí se as pessoas estiverem dentro desse território, elas tem o direito delas ao cuidado garantido, e aí a atuação dessa equipe no território vai propiciar que essa pessoa seja de fato cuidada. Que de fato essa equipe possa olhar para esse território, avaliando os riscos podendo lançar mão das estruturas e dos serviços existentes, tanto as escolas, creches, como espaços de saúde. (...)esse cuidado sobre o território a gente vai conseguir ter clareza de qual é a demanda que essas pessoas que vivem ali é, e as suas necessidades nos outros níveis, aí a gente tem como estabelecer quais são as especialidades para aquele tipo de população (...).”(Ent. 3)

V.3. Análise da Política de Atenção Primária à Saúde na Bahia

Seguindo a metodologia proposta por Fleury e Ouverney (2008) para a análise de políticas de saúde, os próximos passos dessa exposição ressaltarão algumas evidências produzidas na análise documental e nas entrevistas realizadas.

V.3.1. Finalidade/objetivo da política

Os documentos técnicos produzidos pelo Ministério da Saúde na primeira metade da década de noventa explicitavam a finalidade da Política de Atenção Primária à Saúde no Brasil, com base nos objetivos estabelecidos para o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e para o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. A SESAB adota tais objetivos de modo explícito ou implícito nos seus documentos técnicos, tais como programas, projetos e manuais, e nos planos estaduais de saúde.

Assim, a finalidade e os objetivos da política na Bahia também podem ser capturadas dos discursos dos entrevistados. Segundo o Entrevistado 1, antes da Atenção Primária se apresentar como política, já existiam ações que na prática se assemelham à Atenção Primária observada atualmente, como a organização do trabalho de atendentes rurais em 1977, que se assemelhavam com os Agente Comunitários de Saúde. O objetivo que guiava essas ações era a interiorização da atenção e se terminava focando na vigilância em saúde e vacinação, o que posteriormente passou por uma reformulação que visava ampliar a concepção das ações de saúde e proporcionar uma atenção integral. O Entrevistado 1 relata que os objetivos das Política da Atenção Primária à Saúde quando começou a ser implantada na Bahia eram, em suma, a ampliação de cobertura, diminuição de custo e articulação dos diversos níveis de atenção, contenção da demanda para os níveis intermediários e melhoria da condição de saúde da população, em consequência.

De acordo com o Entrevistado 2, a Política da Atenção Primária à Saúde surgiu como meio de colocar em prática os princípios trazidos pelo SUS, como territorialização, acessibilidade,

universalidade, etc. Seria uma forma de organização para o sistema. Esse entrevistado considera que essa política começa a ser implantada na Bahia com a finalidade de ampliação da cobertura e consolidação da descentralização/municipalização da saúde.

O Entrevistado 3 relata que no início da implantação da Política da Atenção Primária à Saúde na Bahia o objetivo era da atenção a população nas comunidades, atuando com vacinação, no processo de busca de informações e de orientação e com uma lógica de assistência mais ambulatorial.

V.3.2. Estratégias/ planos/ instrumentos/ técnicas para analisar e monitorar as ações

No capítulo anterior constatou-se que durante a implantação do SUDS, enquanto estratégia-ponte para o SUS, a preocupação básica era organizar os serviços de saúde no âmbito local através da distritalização. Desse modo, a estruturação de distritos sanitários supunha mudanças no modelos de atenção com vistas na integralidade, assim como no modelo de organização de serviços contemplando o território, populações adscritas e ações integrais, além de romper com a lógica vertical dos programas especiais.

No entanto, com as mudanças na orientação política do Ministério da Saúde no início da década de noventa, o PACS foi concebido enquanto um programa especial, embora os técnicos responsáveis pela sua formulação e implantação valorizassem certas diretrizes da Reforma Sanitária e do SUS, a exemplo do estímulo ao planejamento e à organização dos conselhos municipais de saúde. Assim também ocorre com o Programa de Saúde da Família que surgiu de modo semelhante ao PACS, mas apresentou-se como uma forma de reorganização do modelo de atenção e foi redefinida enquanto estratégia. Todos os entrevistados referiram-se a ESF como uma forma de organização da atenção básica, que permitiu uma ampliação de cobertura e maior proximidade com os usuários.

Alguns instrumentos e sistemas de informação foram adotados em todo o território nacional, possibilitando a produção de dados e indicadores para o monitoramento das ações. A articulação com

universidades estaduais e com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia foi uma outra estratégia utilizada, seja na seleção dos agentes comunitários de saúde, seja na qualificação de recursos humanos mediante cursos introdutórios e de especialização.

Com a expansão de cobertura do PACS/PSF, iniciada na segunda metade da década de noventa na Bahia foi possível deslocar a preocupação para aspectos mais qualitativos da intervenção. Segundo o Entrevistado 2, esse processo de avaliação da qualidade se iniciou com um trabalho de certificação, no qual profissionais da SESAB iam ao município aplicar um instrumento de avaliação e de acordo com o resultado, havia uma gratificação financeira, além da realização de encontros regionais com intuito de qualificar os profissionais. O Entrevistado 3 considera que apesar dos inúmeros indicadores existentes atualmente, no processo de avaliação e monitoração são as visitas aos municípios que apresentam uma maior importância, pois dessa forma aparecem nuances que não são mostradas nos indicadores, como estrutura física das unidades, forma de atuação da equipe no território, etc.

V.3.3. Produção de efeitos políticos, econômicos e sociais

A ampliação do acesso aos serviços de saúde via atenção básica além dos efeitos sociais e sanitários produzidos, a exemplo da redução da mortalidade infantil, legitima dirigentes e políticos que se apresentam como responsáveis pela implementação de programas de saúde. Efeitos políticos podem ir além de votos em eleições, expressando-se nas representações sociais sobre saúde-doença-cuidado e no poder simbólico. Além disso, a organização do sistema da atenção básica no estado ocasionou certa diminuição do clientelismo nos serviços de saúde, que ocorria de forma constante nas cidades do interior. por meio da universalidade e da ampliação de cobertura. Entre os efeitos econômicos cabe destacar a ampliação do emprego para trabalhadores de saúde, especialmente os ACS. Estes incorporados de forma precária no SUS, são desprecariados a partir da gestão de 2007, conquistando seus direitos trabalhistas.

V.3.4. Presença de arenas, canais e rotinas na orientação de processos decisórios

De acordo com os entrevistados, as arenas e canais relativas aos processos decisórios restringiram-se na maioria das situações no âmbito técnico-administrativo. O âmbito político limitava-se às articulações com prefeitos e com as Diretorias Regionais de Saúde (Dires). Os conselhos municipais de saúde e as conferências parecem possuir um papel mais coadjuvante.

V.3.5. Assimilação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais

Na percepção dos entrevistados praticamente não houve oposições à política de atenção primária. Certas disputas mencionadas restringiam-se, aparentemente, a questões corporativas que se expressavam em reuniões dos conselhos de saúde. É consenso entre os entrevistados a pouca participação social dentro do processo de implementação da Política de Atenção Primária à Saúde na Bahia, estando resumida aos Conselhos.

V.3.6. Desenvolvimento, reprodução e transformação de marcos institucionais

A observação dos documentos legais e administrativos aponta mudanças constantes e progressivas nos arranjos organizacionais para a política da atenção primária. Nos antecedentes verifica-se a estrutura de programas especiais que depois se transforma em Coordenação das Ações Básicas de Saúde (CABAS) ou Gerência da Atenção Integral à Saúde. Na década de 90, passa a existir na SESAB a Diretoria da Rede Básica (DIREBA), que depois se torna a Diretoria de Promoção da Saúde (DPS) em 2002. Dentro da DPS, existiam coordenações específicas, como uma para os programas PACS e PSF. Em 2006, algumas das coordenações da DPS são unificadas e esta torna-se a Diretoria de Atenção Básica (DAB).

Mais recentemente essa estrutura eleva-se à categoria de Diretoria vinculada a uma das Superintendências da SESAB.

V.3.7. Formação de referenciais éticos e valorativos da vida social

Entre os princípios e valores dispostos na Constituição e na legislação do SUS os entrevistados destacam referenciais de universalidade, equidade, integralidade, participação social e direito à saúde como presentes nas intervenções relacionadas com a APS na Bahia. Alguns entrevistados também relataram uma mudança em relação ao cuidados oferecido aos usuários, como no acolhimento. De acordo com a Política Estadual de Atenção Básica os referenciais definidos são os mesmos da Política Nacional: saúde como direito, universalidade, acessibilidade, vínculo, cuidado continuado, integralidade, humanização, equidade, responsabilização e participação social.

VI. DISCUSSÃO

A análise da Política de Atenção Primária em Saúde no Estado da Bahia indica uma implementação tardia, por referência a outros estados da federação, inclusive do Nordeste, como os casos de Ceará e Paraíba, embora com um ritmo mais acelerado de crescimento na segunda metade da década de noventa e após 2007.

Desde a segunda metade da década de 1980, havia uma movimentação nacional de substituição das AIS pelo SUDS, o que estimulou os processos de municipalização e distritalização (PAIM, 1998; CASTRO e FAUSTO, 2012). Regionalmente, o governo do Estado da Bahia (Waldir Pires) prioriza o SUDS e após sua implantação é criado o Conselho Estadual de Saúde, apoiando a descentralização dos processos decisórios (ÁVILA, 2013).

Nesse período, a Secretária Estadual de Saúde da Bahia se ocupava basicamente com vacinação e vigilância, quando começam a surgir esforços para ampliação do acesso e para uma atenção mais integralizada e próxima da população. Tratando-se de uma assistência simplificada em saúde, ou seja, uma APS seletiva, ainda sem características abrangentes. Desse modo, houve uma necessidade de reestruturação da organização da SESAB a fim de acompanhar a ampliação da concepção de ações básicas de saúde e a implantação das Ações Integradas de Saúde e dos programas de atenção integral voltados para crianças e mulheres, e, posteriormente, próprio SUS. Havia uma mudança na compreensão do papel do Estado e da concepção de saúde, porém existiam dificuldades na aplicação prática. Mesmo assim, em 1989, 40% dos municípios aderem ao SUDS (ÁVILA, 2013).

Foi o início de um novo modelo de assistência à saúde na Bahia e representou uma certa ruptura com o movimento que havia se instaurado na Saúde Pública com base em programas especiais. A municipalização e a distritalização tiveram papéis de destaque nesse processo e na busca de propostas alternativas de modelos de atenção. A municipalização como incorporadora dos municípios na prestação de serviços, planejamento e gestão. A distritalização como meio de reorganização do sistema de saúde, voltada para a população e seu território (PAIM, 1998).

Entretanto na primeira metade da década de 1990, o grande marco na organização da APS é o surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS foi muito importante na descentralização no contexto nacional, principalmente devido a suas exigências para ser implantado nos municípios. Um dos entrevistados traz como um grande avanço da implantação do PACS a consequente criação dos Conselhos Municipais de Saúde, que foi um indutor do controle social e da municipalização.

Nesse período na Bahia houve poucas propostas concretas no âmbito da atenção básica. Nos planos e atas do CES desse período não são citados nem o PACS e nem o PSF, ainda que esses programas estivessem com grande visibilidade nacional. Só aparece menção no Relatório de Gestão de 1991 a 1994, onde o PACS é colocado como iniciado no primeiro ano de gestão e com uma implantação em 90 municípios de 415 (BAHIA, 1992b; ÁVILA, 2013).

A implantação da NOB 93 também estimulou a descentralização nessa época pelo condicionamento de recursos e ao funcionamento do Conselho Estadual e dos Conselhos Municipais e criação da CIB (Comissão Intergestora Bipartite) (BRASIL, 1993), além da transferência de unidades de saúde estaduais para gestão do município, havendo uma adesão de 60% dos municípios a esse processo de municipalização (BAHIA, 1993), número que aumentou em 1994 (ÁVILA, 2013).

Pode-se perceber que nesse início da década de 1990 os avanços na descentralização e nas ações da atenção básica ocorreram baseados em propostas federais, havendo pouca participação efetiva do estado nesse processo.

Na segunda metade dessa década, a Bahia passava por um governo estadual que seguia uma lógica de privatização da gestão de serviços públicos, inclusive na saúde, porém não houve grande influência desse modelo na APS. A descentralização e a municipalização ganharam força nacionalmente e regionalmente com a implantação da NOB 96, que, além ajudar a consolidar, incentivou fortemente a expansão da cobertura e ampliação do acesso (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; ÁVILA, 2013).

Enquanto o resto do país já estava adiantado em relação a descentralização, a Bahia exibiu um processo tardio (BAHIA, 1996). Existia uma questão em relação a perda de poder que provocava

resistência e levou ao atraso desse processo. Por esse motivo a NOB 96 apresentou-se ainda mais importante, pois foi a responsável pelo fortalecimento e avanço na descentralização e municipalização na Bahia. Isso se refletiu no aumento de 131,6% nos municípios com PACS na Bahia de 1997 para 1998 (BAHIA, 1998).

O Plano Estadual de Saúde trazia a distritalização como meio de se mudar o modelo assistencial, além de metas de ampliação do PACS e do PSF. A meta principal desse período era implantar esses programas, havendo pouca preocupação com a qualidade (BAHIA, 1996).

A municipalização também contou com a capacitação dos recursos humanos para fortalecer o novo modelo de atenção. Essas capacitações eram realizadas em conjunto com unidades de ensino, como o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Eram capacitados os gestores regionais, os agentes comunitários e dos coordenadores regionais do PACS/PSF (ÁVILA, 2012).

Já os anos 2000 são marcados por uma expansão nacional do Programa de Saúde da Família. Na Bahia também houve um aumento na cobertura desse programa, pois a proposta passou a ser entendida melhor, não mais como ameaça, mas como meio de organizar a atenção a saúde no município. O acesso aos serviços da atenção básica melhorou nesse período (ÁVILA, 2013).

O governo estadual apresentou como uma necessidade a consolidação dos sistemas municipais, incentivando os municípios a se habilitarem em alguma das formas descritas pela NOB 93 ou NOB 96. A descentralização então atingiu 99% do estado, no qual 415 de 417 municípios baianos apresentavam alguma forma de gestão do SUS (BAHIA, 2001). Como consequência da ampliação de cobertura, houve o fortalecimento da vigilância em saúde e a diminuição na incidência de doenças preveníveis (ÁVILA, 2013).

A SESAB começou a realizar encontros estaduais com os municípios para que eles pudessem trocar experiências e enxergarem a situação regionalmente. Além disso, propôs o cofinanciamento do Estado para as Equipes de Saúde da Família, dando início ao processo de qualificação da atenção primária.

Com o início do Governo de Luiz Inácio Lula da Silva em 2002, houve uma ampliação nas políticas sociais nacionais, como os programas de transferência de renda, o que levou a uma

ampliação do acesso aos serviços de um modo geral, o que influencia também na saúde da população (ÁVILA, 2013).

De qualquer modo um dos fatos que comprova a implementação tardia do SUS como um todo na Bahia, foi a SESAB só se habilitar na Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde em 2003. Nesse momento o financiamento é aumentado e o papel de co-gestor é assumido, levando a uma transferência de poder e responsabilidades aos municípios, dificultada, no entanto, pela dependência política que eles apresentavam em relação ao governo do estado. Esse foi o momento da concretização da descentralização na Bahia, que demorou mais do que o processo nacional e só apresentou maiores avanços na segunda metade da década de 1990 (ÁVILA, 2013).

O Plano Estadual de 2004 a 2006 destaca a necessidade da mudança do modelo hospitalocêntrico para a atenção primária e a Estratégia de Saúde da Família (ÁVILA, 2013). A partir do ano de 2007, a atenção primária na Bahia avança com mais velocidade e com outra lógica. O trabalho em conjunto com os municípios é reiterado no plano estadual, principalmente devido a grande extensão territorial do estado e as diferentes necessidades de saúde. Nesse período a expansão da ESF continua sendo um objetivo, acompanhado pela qualificação da atenção básica e o oferecimento de apoio institucional aos municípios. Houve uma forte atuação da SESAB na organização dos serviços da atenção básica, na despreciação do trabalho, em especial do agente comunitário de saúde, na compra de equipamentos e reforma das unidades e na educação permanente. Vale ressaltar a aprovação da Lei municipal que regularizou da profissão do ACS em quase todos os municípios baianos (99,28%) (BAHIA, 2010).

Em 2010, a cobertura do PSF foi de 58,6%, havendo aumentado mais de 12% entre 2007 e 2010, sendo a Bahia o estado do Nordeste com maior crescimento. A ESF teve grande importância na ampliação do acesso aos serviços de saúde. Com o crescimento desse acesso, a preocupação tem se voltado para a qualificação dessa atenção e, por isso, o estado investiu na educação permanente (BAHIA, 2010).

Entretanto um dos grandes problemas da atenção primária é o subfinanciamento, apesar de nesse período o repasse estadual ter sido regularizado e aumentado (BAHIA, 2010). Embora a Bahia

seja um dos poucos estados que financia a APS, esse valor é baixo em relação aos gastos reais de uma equipe de saúde da família. Apesar da atenção primária aparecer como norteadora do sistema de saúde, o grande contingente de investimento ainda é feito para a alta e média complexidade, o que reflete uma contradição em relação ao modelo assistencial proposto e ao modelo assistencial real.

O governo do estado deu continuidade ao modo pelo qual a atenção primária vem sendo realizada após 2007, baseada no apoio institucional, o que corresponsabiliza o estado pela atenção primária (BAHIA, 2012). Planeja-se que a cobertura da ESF atinja 70% ainda no ano de 2014. O número de equipes de saúde da família, NASF e a cobertura da ESF vem crescendo desde 2007, porém pode-se considerar que a Atenção Primária à Saúde na Bahia ainda encontra-se em implantação, até porque ainda não atingiu o objetivo de ser a porta de entrada do sistema de saúde.

Muitas outras estratégias e programas vem sendo utilizados no processo de consolidação da APS na Bahia, tais como o Programa de Saúde na Escola (PSE), o Telessaúde, o Mais Médicos, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, entre outros (BAHIA, 2013).

Analisando esse processo de implementação da Atenção Primária na Bahia os seguintes pontos são marcantes: a sua implementação tardia em relação ao resto do país; a constante presença da proposta de descentralização em documentos, mas com uma atuação prática deficiente; a importância do PACS, da ESF e da NOB 96 na implementação e consolidação da APS, sendo essa um incentivo primordial na municipalização da saúde na Bahia; e a diferença em relação a lógica aplicada na saúde estadual após 2007, momento em que o Estado assume a corresponsabilidade na Atenção Básica e, conseqüentemente, se avança com maior velocidade na implementação.

Entre as dificuldades indicadas nos relatórios de gestão e nas entrevistas destacam-se o subfinanciamento, a formação de recursos humanos (especializada, voltada para o sistema privado e suplementar e sem qualificação para trabalhar na atenção primária), descontinuidades administrativas, qualificação dos gestores e da gestão, pressão da iniciativa privada e clientelismo político que compromete uma gestão profissionalizada. As dificuldades citadas se assemelham muito as dificuldades relatadas no âmbito nacional, porém a este nível também é apontada a dificuldade de implantação nos grandes centros urbanos.

O acompanhamento da política utiliza uma articulação com as DORES que se tornam referência e apoio para os municípios da sua jurisdição que, por sua vez, realizam alguma supervisão junto as equipes dos municípios, mas não ao nível local. O monitoramento recorre às bases de dados e aos sistemas de informação criados para a atenção básica que por sua vez vão se transformar em relatórios mais consolidados. Entre os mecanismos de avaliação mencionados, destacam-se pesquisas avaliativas que apontam o impacto da política em indicadores de saúde selecionados.

A Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o aperfeiçoamento permanente do Geoportal de Informações em Saúde, a incorporação e disponibilização tecnologias para acompanhamento de indicadores, a divulgação de cadernos de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, a publicação dos Boletins Estaduais e Macrorregionais de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica são os instrumentos de avaliação e monitoramento citados na Política Estadual de Atenção Básica (2013).

De maneira geral, podemos concluir que a Atenção Primária à Saúde no estado da Bahia apresentou uma implementação tardia comparada ao cenário nacional, com maior velocidade na segunda metade da década de 1990 e, em especial, após 2007. Ainda hoje alguns problemas permanecem, apesar da APS ser colocada como prioridade para reorganização do modelo de atenção, isso não se traduz em um financiamento compatível com a sua relevância. Quando analisamos o processo da APS na Bahia percebemos também a descontinuidade politico-administrativa que repercute na sua implementação. Outro ponto que permanece como desafio é a formação de recursos humanos voltados para APS e a fixação dos profissionais nas unidades básicas de saúde. Alguns programas foram criados a fim de melhorar essas questões, embora limitados, sendo necessária uma reforma mais profunda no processo de formação e na criação de planos e carreiras. São necessários também, mecanismos de avaliação e monitoramento no sentido de uma melhor compreensão da realidade concreta da Bahia. Ao longo dessas duas décadas os indicadores e instrumentos utilizados foram se desenvolvendo para melhorar o seu funcionamento, ainda que privilegiando aspectos quantitativos em detrimento do exame da qualidade da atenção. Essas questões como um todo ainda

vem sendo aprimoradas. Afinal, apesar do estado da Bahia apresentar quase 70% de cobertura da ESF, a APS e o próprio SUS encontram-se defasados em comparação a outros estados do Brasil, inclusive na região Nordeste. Além disso, muitas das questões identificadas na presente investigação revelam impasses e desafios da política de APS observados em outros estudos, nacionais e internacionais (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Ou seja, ainda há muito o que se desenvolver sobre Atenção Primária à Saúde na Bahia e no Brasil.

Mesmo considerando o caráter exploratório desta pesquisa, o desenho e os procedimentos metodológicos adotados permitiram responder os objetivos geral e específicos propostos. Ainda assim, uma coleta e análise mais exaustiva dos documentos, bem como a ampliação do número dos entrevistados possivelmente enriqueceria o estudo com mais evidências e visões mais diversificadas dos atores.

VIII. SUMMARY

The Politics of Primary Health Care in the State of Bahia

The Primary Health Care (PHC) became more visible after the Alma-Ata Conference (1978). Brazil developed local experiences of community medicine that enabled the deployment of Programs Extension of Coverage (PEC) of broader scope, highlighting the Internalization of Shares Health and Sanitation of the Northeast Program (PIASS). At that time, Bahia participated in this process, either through actions in health centers, either by PECs and implementation of PIASS. Despite its attempt to provide a comprehensive and truly universal PHC, as preaches the SUS, today we can see that the selective stigma remains. New studies on PHC may serve to stimulate interventions in how this theme is worked in health service itself, in management, training of future health professionals and continuing education for professionals. **OBJECTIVE:** To examine the implementation of the Primary Health Care policy in the state of Bahia, after the promulgation of the 1988 Constitution until 2014. The specific objectives are: a) to identify which one (s) government (s) state Primary Health Care in Bahia has advanced and the actors involved in its implementation; b) identify the difficulties encountered by the management in the implementation of PHC in Bahia; c) determine what mechanisms are used to evaluate and monitor the implementation of this policy in the state. **METHODOLOGY:** historical case study, using multiple sources of evidence, whether documentary research, interviews with key-informants. The documentary research used as sources: a) literature review from the base SciELO, LILACS and the Bank of Theses Capes; b) survey of dissertations and theses of the Graduate ISC / UFBA directly emphasized the PHC program; c) documents relating to policies, plans, programs, projects and management reports; d) visit the websites of the Ministry of Health and Health Department of the State of Bahia. The respondents were involved in this process of implementation of PHC as leaders, the interviews follow the script drafted. **RESULTS:** There was a progressive increase in primary care coverage in the state of Bahia and a later implementation of this policy, especially with advances in the second half of the nineties and after 2007. Among the obstacles, highlight the underfunding, the administrative discontinuity, the training of health professionals and the political patronage with low professionalization management. **DISCUSSION:** Some problems remain such as the model of care, underfunding and the politico-administrative discontinuity. Other challenges are the training of human resources and the establishment of professionals in primary healthcare units. Many of the issues identified in this research reveal dilemmas and challenges of the PHC policy observed in other studies, national and international.

Keywords: 1. Primary Health Care 2. Health Policy.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo EC. A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina Da Bahia, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1988.

Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia de Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: Paim J e Filho NA, Saúde Coletiva Teoria e Prática. Ed. Medbook, 2014.

Ávila HDD. A Construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1986 a 2006. 2013. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Assessoria de Planejamento. Plano Estadual de Saúde 1992-1995. Salvador, Bahia; 1992a.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 1996-1999. Salvador, Bahia; 1996.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2000-2003. Salvador, Bahia; 2000.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde: Gestão 2007-2010. Revista Baiana de Saúde Pública. Bahia, 2009.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde: Gestão 2012-2015. Revista Baiana de Saúde Pública. Bahia, 2012.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Política Estadual de Atenção Básica. Bahia, 2013.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Relatório Anual 1992. Salvador, Bahia; 1992b.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Relatório Anual 1993. Salvador, Bahia; 1993.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Relatório de Atividades 1996. Salvador, Bahia; novembro de 1996.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Relatório de Gestão 1997. Volume I. Salvador, Bahia; 1997.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Relatório de Gestão 1998. Volume II. Salvador, Bahia; 1998.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Relatório de Gestão 1999. Salvador, Bahia; 1999.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Relatório de Gestão 2001. Salvador, Bahia; 2001.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Relatório Anual de Gestão 2010. Salvador, Bahia; 2010.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Relatório Anual de Gestão 2011. Salvador, Bahia; 2011.

Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Relatório Anual de Gestão 2013. Salvador, Bahia; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/93. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Portaria No. 2.203, de 6 de novembro de 1996.

Castro ALB, Fausto MCR. A política brasileira de atenção primária à saúde. In: Vieira C, Baptista TWF, Lima LD. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2012. p.173-196.

Costa HOG. Operacionalização dos programas de extensão de cobertura na Bahia. Dissertação ao Mestrado em Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1983.

Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2008. p. 23-64.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, ed Fiocruz, 2008. p. 575-625.

Gomes KO et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, 2011 .

Paim JS. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos". Série Estudos em Saúde Coletiva, 175. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.

Paim JS. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, Set. 2012.

Sader NMB. O desenvolvimento da medicina comunitária no Estado da Bahia. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1980.

Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, Jan. 2013 .

Sousa MF, Hamman EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, Oct. 2009 .

Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

Yin KR. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Terceira edição. 2005.

X. ANEXOS

ANEXO I

Roteiro de Entrevista:

1. Como você começou a atuar no âmbito da/ em Atenção Primária à Saúde?
2. Como era o contexto dessa época?
3. Na sua opinião, como a APS teve início na Bahia?
4. Você tem alguma informação de como ocorreu a implantação da APS na Bahia?
5. E tem alguma ideia da sua evolução até o presente?
6. Em caso positivo, quais foram as dificuldades identificadas para sua implementação? Dessas, quais você considera mais importantes?
7. Qual a situação atual da APS na Bahia?
8. Você vê alguma relação (semelhanças e/ou diferenças) entre a situação atual e a implantação da APS?
9. Você tem conhecimento sobre os objetivos mediante os quais a APS começou a ser implantada na Bahia?
10. Considerando o tempo que você acompanha a APS na Bahia, quais os períodos em que houve avanços? E retrocessos?
11. Em relação à gestão, quais as dificuldades encontradas para avançar na implantação da APS na Bahia?
12. Você tem notícia se existem diferenças entre a implantação da APS na Bahia e em outros estados?
13. Você sabe como ocorreu a implantação da APS em alguns outros estados do país?
Exemplifique.

14. Existem metas definidas para APS na Bahia? Quais são elas?
15. Quais as estratégias utilizadas para atingir as metas?
16. Quais as dificuldades na utilização/aplicação dessas estratégias?
17. Qual o papel que a Estratégia de Saúde da Família desempenhou na implantação da APS na Bahia?
18. Como é feita a avaliação e monitoração da implantação da APS na Bahia? Existem instrumentos ou indicadores para isso?
19. Você saberia explicar como é essa utilização na prática?
20. Como ocorre a alocação de recursos dentro da política de APS na Bahia?
21. Ocorreu participação popular durante a implantação da APS na Bahia?
22. Se sim, houve grupos organizados dentro dessa participação? Quais?
23. De que forma, eles influenciaram nessa implantação?
24. Atualmente, ainda existe essa participação? Qual papel que eles desempenham?
25. Algum grupo se contrapôs a forma como a APS foi/é implantada na Bahia?
26. Existiram embates entre esses grupos e os governos ao longo dessa implantação? E entre os próprios grupos?
27. Existe uma estratégia para assimilar os diferentes projetos (políticos, ideológicos, sociais...) vindos de diferentes grupos?
28. Na sua opinião, quais são os princípios e valores que orientam a APS na Bahia?
29. Como esses valores influenciaram a implantação da APS na Bahia?
30. Quais mudanças podem ser percebidas com a implantação da APS na Bahia?
31. Existiram mudanças em relação ao cuidado (aspectos vinculados a promoção, educação prevenção, recuperação e reabilitação) oferecido ao usuário? Quais?

32. Pela sua experiência, como você acha que a APS na Bahia poderia ser melhorada?
33. Você saberia indicar outra pessoa que atuou na implementação da APS na Bahia ou algum grupo que tenha militado sobre esse tema que poderia ser entrevistado?

ANEXO II

Matriz das Entrevistas

	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3
Evolução da Política da Atenção Primária à Saúde na Bahia	<p>“No interior, atendentes rurais no interior, não era o desenho tal como temos a atenção primária em saúde, não era esse nome, mas era atenção primária em saúde.</p> <p>(...) Em setenta e sete, trabalhando numa região do interior no processo de organização do trabalho de atendentes rurais, seria o que hoje a gente tem como agentes comunitários de saúde atuando na zona rural, só que a, a forma de organização do trabalho delas não era assim toda normatizadinha (...) nesse período que eu trabalhei nisso até o final dos anos oitenta, depois aí eu me afastei desse tipo de trabalho. Quando se implantou a política com esse nome eu já não tava... Com esse nome eu já não estava na secretaria, mas a... As raízes dos esforços de ampliação de acesso e desenho de</p>	<p>“Eu voltei, em 89, (...) para o nível central da SESAB, eu já fui diretamente trabalhar numa diretoria que chamava da rede básica, que era uma antecessora do que a gente conhece hoje como DAB.(...) Nesse período a rede era estadual, poucos municípios tinham o que eles chamavam posto de saúde ou centro de saúde. Então com a proposta da descentralização, que ocorreu mais ou menos nessa época de 90, que foi a edição da lei orgânica do SUS, então começamos o movimento da descentralização propriamente dita, que aqui chamou de municipalização, aqui na Bahia, e alguns outros estados também. Então o contexto era esse, era as unidades estaduais que executava serviços de atenção básica e nós nessa época fazíamos supervisão aos</p>	<p>“Como que os municípios eles se estruturaram e outra coisa é como o Estado se estruturou. Então, o Estado, na verdade, foi o que mais demorou pra buscar se estruturar. Ele tinha, na verdade, uma coordenação que não era nenhuma coordenação de atenção primária, nem atenção é... Atenção básica como a gente tem hoje. Mas, buscava trabalhar principalmente junto com os agentes comunitários de saúde (...) buscando qualificar especificamente os processos de seleção e também é... Uma aproximação com os municípios. Isso foi o Estado, né? Como ele buscou tá se estruturando. Os municípios eles... Cada um buscou muito dar sua organização. Então é muito diverso. (...) Eu diria que teve um processo de aceleração assim. Acelerou muito. É... No que se refere à... À</p>

	<p>uma ação mais integralizada e mais próxima das pessoas acho que foram nesses esforços desde que chamou de extensão rural e de criar as atendentes, que no tempo chamava assistência simplificada em saúde e que era tão complexa que não sei porque algum dia se chamou assistência simplificada.”</p>	<p>municípios que trabalhavam na nossa rede. Então era um contexto ainda, vamos dizer assim, entre aspas, estadualizado, a atenção básica era estadualizada. (...) Eu não alcancei o PIASS, que era o programa de interiorização de ações em saúde. Eu não fui dessa época, mas...mas como começou? Nesses moldes de agora, eu acho que começou com esse processo de descentralização das ações de saúde. Quando a gente passou, que começamos a passar as unidades...tem até inclusive um critério do PACS, você ter unidade de saúde municipal, conselho municipal de saúde e uma enfermeira. (...) Um grande avanço foi quando a gente implantou o Programa de Agente Comunitário em Saúde. Porque, por questões dos critérios, porque quem tinha conselho municipal de saúde, a gente não pode trabalhar a atenção primária sem controle social mínimo. (...) Aí eu acho que começou</p>	<p>indução da política. Da política formalmente, as portarias, a própria... É... Os próprios decretos que acabaram acontecendo e nos últimos anos. (...) a partir de 2007... Aí começa a se ampliar o escopo da atenção primária e busca trabalhar com outras... Hã... Com ampliação de direitos. (...) Antes de 2002 a proposta que se tinha pra saúde era muito volta pra o agente comunitário de saúde, a estratégia de saúde da família e a saúde bucal de uma forma muito...hã...muito... digamos, pouco contundente, né? E a... E pra, além disso, a gente não tinha uma maior parte do que a gente tem hoje, né? NASF, é...o próprio CEO, SAMU, não se tinha muito do que a gente hoje consegue. (...) Acho que talvez o maior avanço que a gente teve foi a partir de 2007, né? Foi quando se estabeleceu uma outra lógica (...) a gente conseguiu...hã... avançar muito naquilo que é preconizado,</p>
--	---	--	---

		<p>mesmo o movimento da atenção primária, porque eu não posso entender atenção primária sem ser no contexto do município. Porque ela se dá, ela é municipalista por natureza. É ela que concretiza os princípios do SUS, é lá que as coisas acontecem. Então acho que ela começou nos moldes hoje com o próprio processo de descentralização. (...) Na Bahia, o processo de descentralização da saúde, ele foi meio que tardio. Havia um, vamos dizer, algo assim implícito de perda de poder, poder técnico, poder administrativo, poder político. Se a gente utilizar Carlos Matos, a gente... quando a gente falava assim dessa descentralização havia uma certa resistência (...) Aí quando a Estratégia de Saúde da Família chegou (...) a gente já estava com essa descentralização mais ou menos implantada, então ela veio ocorrendo de certa forma devagar e muito induzida pelas políticas</p>	<p>pelas políticas tanto nacional, como sendo prioritárias que é a estratégia de saúde da família, que eu já coloquei que já são quase 70%, principalmente esse ano a gente fecha com 70% de cobertura com 1600 trabalhadores médicos ocupando espaços nas equipes de saúde da família, tanto médico no Mais Médicos, quanto do PROVAB (...) O Estado quando optou por trabalhar numa lógica que é o apoio institucional na atenção básica isso ganhou uma outra conotação. A gente passou a ter uma relação muito próxima dos municípios. Um diálogo muito mais franco. E se responsabilizou pela problemática que os municípios tinham. E a partir disso a gente conseguiu construir com eles, e é 'com' eles. A gente não faz 'por' eles. A gente abre mão da tutela pra poder responsabilizar eles e aí a gente viu que pra além dos municípios buscarem se apropriar cada vez mais pela</p>
--	--	--	--

		do Ministério da Saúde. Ela veio ocorrendo, tipo assim, você implantar PSF com estímulos financeiros.”	atenção básica eles conseguiram criar muitas soluções.”
Finalidade e objetivos da política	“(…) Ampliação de cobertura, diminuição de custo e articulação dos diversos níveis de atenção, diminuição dos, da demanda pra os níveis intermediários e melhoria da condição de saúde da população em consequência. (...)”	“ Foi um movimento nacional, porque desde quando a militância, a reforma sanitária, os princípios da reforma sanitária, que finalizou com a edição da 8080, a lei Orgânica do SUS. Aqueles princípios que estão feitos ali, como é que eles se concretizariam da forma como a gente tava organizado? Não tinha como, então pra você concretizar o princípio da territorialização, que é a adscrição da clientela, não tem como você trabalhar da forma como a gente trabalhava antes. Para a integralidade do cuidado, aquilo...a acessibilidade, da universalidade. Se a gente não começar isso com o território definido que é estruturante pra isso, não tem como você trabalhar. Então para dar respostas ao SUS, tanto o país, como os estados por consequência, tinha	“O que na verdade se tinha clareza era do que se tem de leitura do objeto que era mais voltado pra população ... é...e também o objeto era a população nas comunidades. Então a atuação era mais voltada nesse sentido. Vacinas, processos de...é...de busca de informações, de orientação e também na lógica de assistência mais ambulatorial. (...) Existe um pacto SISPACTO que acabam estabelecendo metas padrões né? Pra... E também existem algumas metas que estão muito mais ligadas às questões objetivas né? É... Que se referem ao plano plurianual, então que acabam fazendo definições de indicadores, redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade materna, acesso ao pré-natal com sete ou mais consultas. (...) Do PPA eles muitos mais ligados ao plano

		<p>que optar por outro tipo de organização, e a APS já era trabalhada desde 1978 desde a conferencia lá de Alma-Ata. Então de lá pra cá o movimento sanitário veio buscando fazer acontecer isso e a gente pelo menos, com essa, com a instituição do SUS, pode fazer isso acontecer. (...) Na minha época, que era a época de fato da implantação do saúde da família, nossa meta maior era aumentar a cobertura e depois, começamos pensar no processo da qualificação através da certificação, que a certificação ele era um processo de avaliação da qualidade e que também... de um coficanciamento. (...) A meta principal era implantar, era vamos dizer assim porque Mendes, ele tem uma categorização que se até 50% do estado ou do município não tiver implantado o saúde da família, ele considera que ainda está em implantação, então a gente correu atrás de pelo menos ampliar e depois viria a pensar</p>	<p>plurianual, tão muito mais ligado, na questão de ampliação da rede né? Que são construções, é... Que são... Que é a implantação é... De apoio institucional, ou seja, a implantação do apoio institucional nos municípios.”</p>
--	--	--	--

		um pouco mais na qualidade, porque a gente queria que as pessoas conhecessem o que era a estratégia e pra conhecer, você tinha que ampliar esse universo. Implantar quantas equipes mais fosse possível, pra gente poder dizer ‘nós temos uma cobertura razoável do saúde da família’.”	
Estratégias/ planos/ instrumentos/ técnicas para analisar e monitorar as ações	“Sei que tem a tentativa de trabalhar com matriciamento, acompanhamento através do matriciamento, sei que tem a coisa de formar equipe de suporte as equipes, sei que tem a questão de construir instrumento gerais de informação, tipo geoportal pra você saber de situação, tem as CIBs... Assim, as comissões gestoras que são estratégias de garantia, aí todo o sistema não só atenção primária. (...) Pessoal capacitado nos níveis locais são dificuldades, além de disso eu acho que tem uma dificuldade que é de gestão que nosso sistema de indicação de gestores, acho que isso	“A gente fazia uns encontros, fizemos o encontro estadual, fazíamos todo ano, a gente fazia um encontro regional pra mostrar a troca de experiência, para os municípios verem como é que acontecia regionalmente, e isso foi uma coisa que fortaleceu muito...vamos dizer assim...estimulou muito a ampliação do numero de equipes (...). a gente fazia encontro com os agentes comunitários e chamava os prefeitos e aí a gente falava da Estratégia de Saúde da Família, mostrava os resultados e tivemos um encontro estadual aqui, acho que foi em 2005 (...) daí seguiram	“Muitas delas [estratégias] perderam a credibilidade, principalmente é... Pela, pela lógica de que o gestor que pactua não é o mesmo que implementa, muitas vezes, devido as mudanças na gestão, não existe uma, uma, é , como diria, é uma incorporação por parte dos trabalhadores, fica muito distante dos trabalhadores muitas vezes aquilo que é pactuado na gestão, então tem, tem esse distanciamento daquilo que é quem executa e quem produz a ação que impacta nos indicadores, muitas vezes não tem conhecimento sobre os indicadores e aquilo que está sendo

	<p>é uma dificuldade, porque nosso, bom, por que nosso sistema de indicação de gestores não tem muito haver com, com a capacidade específica do gestor pra aquela coisa que você está, pra que ele está sendo indicado. (...) A estratégia da saúde da família do papel de entrada mesmo, de entrada e de, de, de entrada da estratégia, de cobertura e ganhando cobertura e também de ir mudando a compreensão, quando assim o elemento que vai criando as condições de outra maneira de pensar, não é só a medicalização pra entrada de uma compreensão de saúde pra além de doença, não sei, acho que estratégia de saúde da família é cumprir esse papel, porque, por causa coisa da proximidade.”</p>	<p>outras mostras, que agora o novo governo chamou de mostras, mas tivemos esse primeiro encontro, que era: ‘os olhares baianos sobre o PSF’. (...) Nós trabalhamos com o ISC de saúde coletiva, no primeiro, segundo processo de uma grande seleção de agentes comunitários e foi uma parceria muito boa pra gente nesse processo de já começar a qualificação das equipes, nós fizemos aqui um curso de especialização para as enfermeiras do PACS, para os coordenadores regionais das DIRES, porque não adianta um estado desse trabalhar centralmente. Então nós pegamos uma pessoa de referencia em cada regional e fizemos uma especialização com ela aqui pelo ISC. Então isso foi todo um fortalecimento pra ampliação dessa estratégia, foi muito bom. (...) E tem a dos municípios maiores, a mais de 100 mil habitantes tem uma estratégia chamada PROESF do ministério</p>	<p>pactuado. (...) A estratégia de saúde da família acabou sendo a estratégia, bem isso, a estratégia indutora de ampliação de acessos, a meu ver foi muito nessa lógica né? É... Eu ainda acho que a gente precisa, agora que a gente está chegando num nível de cobertura mais adequado né? É porque a maioria dos estudos aponta que a partir dos setenta por cento de cobertura é, é um nível que a gente coloca como sendo um nível aceito né? De implantação da estratégia, agora é momento da gente qualificar, qualificar ela e aí mais do nunca é necessário a educação permanente. Então a estratégia da saúde da família a meu ver teve essa condição de, é, de se espalhar pela Bahia levando serviços onde não existiam, poder se aproximar da população. (...) No nosso caso do Estado, do governo do Estado a gente tem avaliação que ela se dá, é avaliação anual dos indicadores do SISPACTO, mas pra</p>
--	--	---	--

		<p>da saúde, que eles trabalhavam diferenciados com esses municípios, porque de certa forma, eles já tinham uma atenção básica organizada, com umas unidades mistas, aqueles centros. Então pra você trabalhar com uma outra estratégia, essa foi uma dificuldade também. (...) Qual o papel [da Estratégia de Saúde da Família]? Eu acho que o papel central, eu acho que é a melhor estratégia para você trabalhar com a atenção primária a saúde. Pelo menos, com a experiência que eu conheço, já fui gestora, por isso que eu estou lhe dizendo, com o município que tinha uma outra estratégia, vindo de outra década, não é tão efetivo como a estratégia de saúde da família. Até porque a estratégia de saúde da família pressupõe uma equipe mínima, que inclui o agente comunitário (...) Pra mim, a estratégia de saúde da família, ela é pra mim, a mais importante estratégia</p>	<p>além disso a gente tem uma coordenação de monitoramento e avaliação. Essa coordenação ela faz, disponibiliza pros municípios e pra quem quiser pelo um site eles tem na secretaria e também cadernos de atenção básica que a gente disponibiliza com todos os indicadores. (...) Acho que importante é a visita que a gente faz de apoio aos municípios tanto DARES, quanto a Diretoria de Atenção Básica, tanto, também com o adendo agora das referencias do Ministério da Saúde que acaba estabelecendo um apoio integrado a gente consegue ver aquilo, as nuances que não aparecem nos indicadores né? Que é a forma como que as pessoas tão tendo acesso, que muitas vezes não tem, mas o indicador não conseguiu captar isso, é... A qualidades das estrutura físicas que também não aparecem nos indicadores”</p>
--	--	---	---

		<p>que eu conheço da atenção primária. (...)</p> <p>Na época a gente tinha uma estratégia que a gente chamava, que foi um pouco que antecedeu o PMAQ, que chamava AMQ, avaliação da melhoria da qualidade, que era uma proposta grande, que o Ministério da Saúde lançou e que a gente trabalhou isso na certificação, então tinha um instrumento e era bom até porque, a gente trabalhou esse instrumento em todos os municípios, porque nem todo mundo certificou. Certificar quer dizer, a gente ia ao município, aplicava o instrumento de avaliação, se você tivesse um nível de perguntas tais, você estava certificado em um nível e você ganhava X, se você tivesse mais do que 50% respondido positivamente, você ganhava mais Y, entendeu? Mas também a gente aplicava o instrumento nas não certificados. Então esse instrumento, ele fez parte do processo de certificação, que era</p>	
--	--	---	--

		<p>aplicado tanto para o cofinanciamento, como eu te falei, como para fazer uma avaliação junto com as regionais. (...) A gente fazia avaliações pelo menos semestral com todo mundo aqui. Chamava em Salvador, em oficina e trazia o pessoa, disso aí foi que resultou, desse processo de avaliação, foi que resultou os convênios para fazer os cursos de especialização, o curso de capacitação pedagógica para as equipes.”</p>	
Produção de efeitos políticos, econômicos e sociais	<p>“Eu sei que tem cálculos sim, por equipe, tem tanto de recurso por equipe, se equipe está formada completa é uma coisa, se equipe tem mais não sei o que, agora que já tem odontólogo e se já tem não sei o que é outra coisa, sei que é por equipe, tanto de recurso por equipe atuante e de acordo com a composição da equipe, que isso aí corresponde a uma cobertura tal de população e a uma expectativa tal de tipo de atividade, sei que o</p>	<p>“A gente tem um financiamento do governo federal, chamado de incentivo ao saúde da família, pequeníssimo e que varia a depender do porte do município. E o Estado ainda continua, nós começamos a dar incentivo a saúde da família em 2001, do Estado para saúde da família em 2001, ainda com o saudoso doutor Zé Maria de Magalhães Neto. O estado continua dando o incentivo, na minha época era 1014,00 por equipe/mês, hoje eu</p>	<p>“A maior parte do recurso, hoje, é o município que acaba... Que acaba colocando. Ele, a Bahia optou, o Governo do Estado optou por fazer um financiamento por equipes de saúde da família que é um valor é... Irrisório na verdade pra grande complexidade que é a atenção básica, hoje é mil e quinhentos reais por equipe da saúde da família e se a gente avaliar isso no Brasil é um dos poucos estados que financiam</p>

	<p>recurso tem haver com isso, mas só sei isso.</p>	<p>não sei, é um pouco maior hoje. E a carga mesmo é o município, então o maior peso do financiamento é o município que faz. (...) Na verdade, a saúde é subfinanciada. (...) Houve assim, agora eu posso dizer isso que eu também tava no município, houve um estímulo agora através da construção...de recursos para a construção de unidade de saúde da família foi bastante ampliado. (...) Nos municípios que habilitassem os projetos e eu acho que isso foi um grande avanço em relação a estrutura física.”</p>	
<p>Arenas, canais e rotinas na orientação de processos decisórios</p>	<p>“O pessoal agora com essas CIBs e tarara é uma coisa, é um caminho que está tentando, é um instrumento essas, as comissões bipartites, tripartites que acaba sendo um instrumento, mas assim... De gestão do processo como um todo.”</p>	<p>[Não houve resposta]</p>	<p>“Quando existe, pro exemplo, a implantação de uma equipe isso é um processo onde município apresenta um projeto pro Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde aprova ou não, ele leva isso pra uma comissão intergestora regional, é... Que é a CIR, isso já, tudo isso sendo apoiado pela Diretoria Regional de Saúde, que da um parecer, isso vem pro Estado e ai a</p>

			<p>gente, a gente reafirma né? Ratifica o parecer e encaminha pra CIB pra ser aprovada essa equipe, a partir disso ela é publicada pela CIT no Diário Oficial e aí ela é credenciada. (...) Todos os projetos de credenciamento ou projetos relacionados a atenção básica eles precisam ter o aval e a aprovação do conselho municipal de saúde e o estado faz questão, mesmo não tendo isso nas portarias do Ministério da Saúde a gente faz questão de estabelecer de todos projetos tem que passar por controle social como um forma de indução também dos municípios.”</p>
<p>Assimilação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais</p>	<p>“Vou dizer que não, se ocorreu foi muito pequena que não... Sabe assim, onde tem e já tinha, que já tinha de ter tido, conselho de saúde mais ou menos atuante, teve mais ou menos alguma discussão, onde não teve não teve nada, isso eu to falando de fora certo, posso tá redondamente errada, mas não, não, não se tem nem uma, falar</p>	<p>“A gente tem um financiamento do governo federal, chamado de incentivo ao saúde da família, pequeníssimo e que varia a depender do porte do município. E o Estado ainda continua, nós começamos a dar incentivo a saúde da família em 2001, ações ‘ah esse o meu, esse é o meu...’. O que é que a gente fazia, iam equipes daqui, muitas</p>	<p>“Eu diria que, a política que é o que tem de texto ela teve influencia das conferencias tanto municipais, quanto estadual, é... Agora a principal participação que a gente vê que ainda, acontece que é nos Conselhos Municipais de Saúde, então eu não diria que houve ela tem ainda de forma muito diferenciada. (...)”</p>

	<p>sensação, notícia, conhecimento, percepção nem por dentro nem por fora de que isso existiu. Nem por dentro que eu falo, nem por dentro da saúde, nem fora na população.”</p>	<p>equipes e convocavam o conselho. Nesse momento, há participação (...) Tivemos oportunidade de chamar o conselho em muitas cidades pra tá trabalhando com eles o processo seletivo [dos Agentes Comunitários de Saúde], só que a gente aproveitava esse momento para falar do SUS, inclusive com os candidatos na época. Assim, muito...muito tímida...muito tímida, a gente pode dizer, foi essa participação.(...) Eu acho que inclusive se você me perguntar de retrocesso, agora eu to me lembrando de uma coisa, os conselhos, eles eram mais atuantes, na minha época, eles eram mais atuantes, eu tô falando porque eu participei agora, há agora os fóruns regionais, que eu como Secretária de Saúde do município, eu participava dos fóruns regionais e eu vi que aqueles conselhos que tanto pediam explicação, que tanto buscavam, quando tinham um problema</p>	<p>Infelizmente a gente tem isso tem em todo Brasil, não é uma condição só da Bahia e que é o que agente busca de alguma forma lutando contra, até pra que de fato esse seja um espaço ocupado pelo controle social e pela participação popular.(...) Uma coisa é ter uma ação espontânea de participação e de luta pelo aquilo que é a sua necessidade, aquilo que acredita outra coisa é ocupar os espaços que foram estruturados pelas gestões isso pra mim é outra coisa. Então ainda eu não consigo ver essa organização social né? É... De forma espontânea. Alguns embates que se dão muito mais no sentido de qualificação e com uma... Por representações é... De, de parcelas diferenciadas do controle social, do tipo, associação é... De pessoas com albinismo, elas buscavam direcionar muito mais a atuação da atenção básica pra a sua condição, mulheres</p>
--	---	---	---

		<p>no município, os conselhos estão agora meio calados, pelo menos o de lá da região, não posso falar do estado. (...) Na minha época pelo menos, eu não tive grandes participações, eu ainda acho muito frágil, a participação dos movimentos sociais na saúde. Pelo menos nesse sertão aí bravo. Aqui na região metropolitana, no recôncavo, que eles estão mais organizados, pode ser que seja maior. (...) Um pouco dos movimentos das entidades de classe. Na época por exemplo, a enfermagem como foi assim escolhida como protagonista do trabalho com os agente comunitários de saúde e tinha muita polemica em relação qual era o papel. (...) Eles começaram a questionar um bocado de coisa e terminaram que juntando...ficando mais próximos da gente. Dos grupos organizados, da minha época, talvez onde eles já tivessem uma organização mais organizada, aqui no</p>	<p>e assim por diante, então cada um puxa pra sua condição e ai isso acaba é... Se estabelecendo uma relação de disputa e muitas vezes de fragmentação que é algo muito complicado que a gente não vai conseguir é... A gente tem como priorizar, isso sim, a gora a gente... É... Estabelecer serviços diferenciados isso é muito, muito complicado e eu discordo inclusive, a gente pode ter um serviço que abarque as individualidades, que respeite essas individualidade, suas diferenças que busque estabelecer prioridades ai sim, porque não dá pra gente colocar na mesma condição. (...) Em vários (risos), tem vários pessoas, vários grupos na verdade é... Têm indígenas, tem quilombolas, tem é... As pessoas que é... Que são... Que não tem terra que ta em busca movimento sem terra, tem, é... População negra, a população que tem orientação sexual né? É... LGBT, é tem grupos religiosos</p>
--	--	--	--

		<p>recôncavo, mas nos demais municípios eles ainda são muito frágeis. (...) Na verdade, quando você tem um movimento social que trabalha determinadas grupos de patologias, que eles se fortaleceram, tipo você tem uma associação forte que trabalha com doença falciforme, eles interferem.”</p>	<p>(...)Atuam nos conselhos e atuam de forma também nas associações. (...) Nessa lógica da gente poder buscar qualificação da forma de atuação e estabelecer linhas de cuidado e ai sim como a atenção básica sendo ordenadora da rede, que é muito da discussão de poder... A atenção básica baseada na necessidade das pessoas, baseado no território dizer o que é necessário nessa cadeia de cuidado pra aquela pessoa.”</p>
<p>Desenvolvimento, reprodução e transformação de marcos institucionais</p>	<p>“Essa concepção da atenção primaria respondendo por todos e sendo o nível de atenção mais integralizado que comporia a porta de entrada e caminho de acesso pra outras necessidades não se tinha desse jeito e agente só começou a desenhar na segunda metade dos anos oitenta e ai foi quando teve o governo de, inicio do Valdir, tinha acabado de ter a lei da Reforma Sanitária, a lei da Reforma Sanitária não, a Oitava Conferencia de Saúde</p>	<p>“Então com a proposta da descentralização, que ocorreu mais ou menos nessa época de 90, que foi a edição da lei orgânica do SUS, então começamos o movimento da descentralização propriamente dita, que aqui chamou de municipalização, aqui na Bahia”</p>	<p>“Eu diria que teve um processo de aceleração assim. Acelerou muito. É... No que se refere à... À indução da política. Da política formalmente, as portarias, a própria... É... Os próprios decretos que acabaram acontecendo... E a... Nos últimos anos. Principalmente nos últimos 12 anos.”</p>

	<p>né, e depois em oitenta e oito que saiu a Lei de Sistema, e aí agente, a secretaria se redesenhou. (...) Na segunda metade dos anos oitenta, aí sim quando houve a reestruturação da secretaria... Eu passei um tempo coordenando o que era a coordenação de CABAS, a Coordenação de Ações Básicas de Saúde, que incluía vacinação, incluía vigilância. (...) O pessoal agora com essas CIBs e tarara é uma coisa, é um caminho que tá tentando, é um instrumento essas, as comissões bipartites, tripartites que acaba sendo um instrumento, mas assim... De gestão do processo como um todo”</p>		
Referenciais éticos e valorativos da vida social	<p>“Eu acho que o princípio, um princípio de direito, princípio de direito da população em saúde, um outro princípio que é da promoção, direito a saúde que as ações de promoção fazem parte e pertencem também a saúde, acho que esses são os princípios e aí</p>	<p>“Acho que no Brasil inteiro, isso foi uma política induzida pelo ministério, os princípios da reforma sanitária que estão descritos na 8080, acho que quem tava lá no período no ministério da saúde, independente de partidos políticos, da concepção partidária,</p>	<p>“Tem uma condição que a gente veio discutindo nesses últimos, últimos anos que é questão da... Do acesso, então tem uma questão da universalização do acesso (...) Outro é estabelecer um cuidado integral porque isso fala sobre como que a</p>

	<p>acho que deveria ser a integralidade, imagino que a compreensão de integralidade é um princípio que oriente a atenção primária em saúde. (...) Esses valores eram o que justificavam o esforço, então assim eram não sei como foi usado, esses são os valores que justificam o esforço, esses são os valores que justificam a negociação da mudança de compreensão de papel e de forma de atuar, então assim se a gente, se, se conseguiu avançar alguma coisa esse valores tiveram papel, porque são eles que, são eles motivam e que justificam. (...) Eu acho que existiu um grande esforço de mudança, de acolhimento, sim isso eu acho que sim, acho que principalmente uma tentativa de, de um acolhimento diferente, acho que deve, onde tem saúde da família e ai atenção primária mais formalizada como tal, mais estruturada como tal, deve haver modificação no cuidado no sentindo</p>	<p>eram pessoas comprometidas com a reforma sanitária, independente de quem fosse o ministro na época. Eles eram o grupo que tava lá e que muito trabalhou com a instituição desse programa de saúde da família tal qual ele é hoje (...) Influenciou na queda da mortalidade infantil (...) que também o acesso a saúde, embora a gente tenha muito o que trabalhar na qualidade, o acesso é inegável, a cobertura do acesso a saúde através da estratégia de saúde da família, é inegável o acesso.”</p>	<p>gente vai organizar a rede, as linhas de cuidado a partir da atenção básica e é... Pra, além disso, tem é... Uma outra diretriz que é muito, que a gente utiliza muito pra poder estabelecer principalmente as prioridades, se refere a equidade, então equidade digamos é o nosso carro de analise é a nosso lente de analise pra gente estabelecer prioridades (...) E pra, além disso, tem algumas coisas que a gente precisa resgatar urgentemente, que é o controle social. (...) Isso faz com que a gente pense de que pra a gente alcançar isso, esse imagem-objetivo, a gente precisa ampliar a inserção tanto da estratégia da família prioritariamente que é uma... É uma escolha prioritária, então a gente precisa ampliar essa rede, que a gente precisa qualificar esses trabalhadores, a gente precisa compartilhar responsabilidade, a gente precisa te pensando em qualificar esses gestores para que eles possam também</p>
--	---	--	--

	<p>maior acompanhamento de pessoas. (...) Não acho que conseguimos dar ao, ao, que temos conseguido mais isso é muito de fora, não acho que temos, muito de fora porque é assim é de notícia dos atendimentos. Está certo? Das pessoas que são ou não são atendidas que temos dar as pessoas, os usuários do sistema um papel de sujeito de sua vida, de sua saúde, de sua doença, eu falo assim um papel, um tratamento como sujeito em que eu discuto com você o que é. (...) Então como, como, como sinal de mudança no sistema, não consigo ver de fora né, de fora e conversando com as pessoas com seus problemas de saúde e as dificuldades de atendimento as pessoas e as insatisfação das pessoas com o atendimento quando recebe, eu não consigo ver né, assim essas modificações que seriam de esperar pelo desenho.”</p>	<p>levar a si mesma, esse mesmo pensamento pra as ações deles. (...) A atenção primaria ela não eu diria que ela não está implementada ela não, não foi implantada, ela está em processo. E ela a gente vê muito a condição de qualidade, da atenção do cuidado das pessoas e isso já diz muita coisa assim pra gente. Se tem uma clareza do vinculo, que esta estabelecido na comunidade com a saúde, com o setor saúde e dessa forma a gente consegue estabelecer muito mais uma atenção longitudinal. Isso quando a gente consegue de fato ter essa permanência né, tanto da proposta, quanto dos trabalhadores.”</p>
--	--	--

ANEXO III

Parecer do Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA / UFBA	
---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A POLÍTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA
Pesquisador: Jaimilson Silva Paim
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 35613714.0.0000.5030
Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 852.331
Data da Relatoria: 30/09/2014

Apresentação do Projeto:
O projeto aborda a importância da Atenção Primária no Brasil e seu processo de implantação. Na atual conjuntura, pode-se perceber que a APS, assim como o próprio SUS ainda se encontram em construção e enfrentam muitas dificuldades para sua implementação. Expõe que vários trabalhos tem abordado a APS no cenário nacional, contudo, revela que não foram encontrados estudos que abordem a Política da APS no Estado da Bahia de forma ampla, apenas pesquisas sobre certos tópicos, ainda permeando dúvidas sobre sua implementação na Bahia. Assim, algumas perguntas de investigação poderiam ser levantadas: a) de que forma a implementação da política de APS vem ocorrendo no Estado da Bahia? b) quando se iniciou a política de APS na Bahia e quais os atores envolvidos? c) em qual(is) governo(s) essa implementação avançou? d) quais as dificuldades dos gestores da Bahia na implementação dessa política; e) quais os mecanismos de avaliação e acompanhamento da implementação da APS na Bahia?

Objetivo da Pesquisa:
Visando responder a essas questões propõe como objetivo Geral:
Analisar a implementação da política de Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia, após a promulgação da Constituição do Estado da Bahia.

E Específicos:

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n	CEP: 40.110-040
Bairro: Canela	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7441	Fax: (71)3283-7460
	E-mail: cepisc@ufba.br

Página 01 de 03

Continuação do Parecer: 852.331

- Identificar em qual(is) governo(s) estaduais a Atenção Primária à Saúde na Bahia avançou e os atores envolvidos nessa implementação;
- Identificar quais as dificuldades encontradas pela gestão na implementação da APS na Bahia;
- Verificar quais os mecanismos de avaliação e acompanhamento são utilizados na implementação dessa política no estado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos mínimos e trará como benefícios o conhecimento acerca da questão da organização da APS no estado da Bahia. O TCLE garante o direito ao informante de recusar participar da pesquisa a qualquer tempo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de caso histórico sobre a implantação da política de Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia, após a promulgação da Constituição do Estado.

O estudo de caso será do tipo descritivo, pois o objetivo do trabalho é descrever como a implementação da APS se desenvolveu na Bahia [7]. Para isso, serão realizadas busca de diversas fontes de evidência, tanto utilizando a pesquisa documental, quanto usando entrevista com informantes-chave. Dessa forma será obtida uma vasta fonte de informação para análise. Será realizado com base em Análise documental e entrevistas semi estruturadas com informantes chave.

A pesquisa documental utilizará como fontes:

- 1.Revisão de literatura utilizando a base Scielo, LILACS e o Banco de Teses da Capes;
- 2.Levantamento das dissertações e teses do Programa de Pós-graduação do ISC/UFBA que tematizaram a Atenção Primária à Saúde;
- 3.Documentos: políticas, planos, programas, projetos e relatórios de gestão;
- 4.Visita de sites do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Os informantes serão pessoas que estiveram envolvidas com esse processo de implementação da APS na Bahia, tanto como dirigentes (coordenadores, diretores e/ou gerentes) de programas estaduais vinculados a política de APS na Bahia, quanto pesquisadores com enfoque na APS. O número de informantes será definido no processo de desenvolvimento do mesmo, em virtude de novos contatos que possam surgir das entrevistas iniciais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta termos obrigatórios, será realizada com recursos da própria pesquisadora e

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
 Bairro: Canela CEP: 40.110-040
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepisc@ufba.br

**INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA**

Continuação do Parecer: 852.331

consta de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de Anuência Institucional.

Recomendações:

Diante do exposto e por não ter qualquer pendência, sou favorável à aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 22 de setembro de 2014, o processo referente ao projeto de pesquisa em tela.

Não tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, atendeu de forma adequada e satisfatoriamente às exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

SALVADOR, 30 de Outubro de 2014


Assinado por:

Mônica de Oliveira Nunes
(Coordenador)

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

ANEXO IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: A POLÍTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “A POLÍTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA a ser realizada em Salvador-Bahia, no que se refere ao trabalho de campo, no período de agosto-setembro de 2014. Esta pesquisa pretende analisar a implementação da política de Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia, após a promulgação da Constituição do Estado da Bahia, com os seguintes objetivos específicos: a) identificar em qual(is) governo(s) estaduais a Atenção Primária à Saúde na Bahia avançou e os atores envolvidos nessa implementação; b) identificar quais as dificuldades encontradas pela gestão na implementação da APS na Bahia; c) verificar quais os mecanismos de avaliação e acompanhamento são utilizados na implementação dessa política no estado.

Para sua realização serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave que participaram como coordenadores ou pesquisadores na política e em programas de atenção primária à saúde na Bahia.. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As citações das entrevistas na apresentação dos resultados utilizarão nomes fictícios. Não é previsto risco algum. Os benefícios que esperamos é o aprimoramento da política na Bahia. A pesquisa de campo terá duração de dois meses e durante esse período você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também

garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Autorização:

Eu, _____ (nome completo do voluntário), após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expreso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

_____ (Assinatura do voluntário)

_____ (Assinatura de uma testemunha)

_____ (Assinatura da Pesquisadora)

Dados dos pesquisadores:

Luana Neves da Rocha Lima: Avenida Miguel Navarro y Canizares, 247 Apto. 202 CEP 41810-215.

Pituba, Tel. 91374765 luananrl91@gmail.com

Jairnilson da Silva Paim – Orientador da Pesquisa. Rua Basílio da Gama, 72, Apto. 901. CEP 40110-

040 jairnil@ufba.br

ANEXO V

Fontes documentais

POLÍTICAS

Referência	Acervo
Política Nacional de Atenção Básica – Brasil 2012	Site do Ministério da Saúde
Política Estadual de Atenção Básica – Bahia 2013	Secretária Estadual de Saúde da Bahia

DOCUMENTOS DA SESAB

Relatórios

Referência	Acervo
Relatório Anual 1992 - SESAB	Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública
Relatório Anual 1993 - SESAB	Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública
Relatório de Atividades 1996 - SESAB	Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública
Relatório de Gestão 1997 - SESAB Volume I	Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública
Relatório de Gestão 1998 - SESAB Volume II	Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública
Relatório de Gestão 1999 - SESAB Volume 2	Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública
Relatório de Gestão 1999 - SESAB	Biblioteca da Escola Estadual de Saúde

	Pública
Relatório de Gestão 2001 - SESAB	Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública
Relatório Anual de Gestão 2010 - SESAB	Secretária Estadual de Saúde da Bahia
Relatório Anual de Gestão 2011 - SESAB	Secretária Estadual de Saúde da Bahia
Relatório Anual de Gestão 2013 - SESAB	Secretária Estadual de Saúde da Bahia

Planos Estaduais de Saúde

Referência	Acervo
Plano Estadual de Saúde 1992-1995 – SESAB	Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública
Plano Estadual de Saúde 1996- 1999 – SESAB	Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública
Plano Estadual de Saúde 2000-2003 – SESAB	Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública
Plano Estadual de Saúde 2007-2010 – SESAB	Secretária Estadual de Saúde da Bahia: Revista Baiana de Saúde Pública
Plano Estadual de Saúde 2012-2015 – SESAB	Secretária Estadual de Saúde da Bahia: Revista Baiana de Saúde Pública

LEGISLAÇÃO FEDERAL

Tipo	Número/ano	Objeto
Portaria MS/GM	545 – 20/05/93	NOB – SUS 01/93

Portaria MS/GM	2.203 – 06/11/96	NOB 01/96
----------------	------------------	-----------